

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

PLFSS 2018

SOMMAIRE

PLFSS 2018 - Annexe 10

Article 3 – Disposition fixant la dotation au FMESPP, au FIVA, de la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et modifiant les recettes affectées au Fonds CMU-C.....	6
Article 4 – Rétablissement de l’obligation de téléversement de la C3S, fusion de la C3S et de sa contribution additionnelle et suppression de la contribution supplémentaire à la C3S.....	11
Article 7 – Mesures de pouvoir d’achat en faveur des actifs.....	19
Article 8 – Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs..	40
Article 9 – Création d’un dispositif d’exonération généralisé de début d’activité pour les créateurs d’entreprises	56
Article 10 – Alléger les démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés	64
Article 11 – suppression du RSI et intégration de certaines professions de la CNAVPL au régime général	74
Article 12 – Augmentation des droits de consommation applicables au tabac.....	148
Article 13 – Taxe sur les véhicules de sociétés.....	169
Article 14 – Fixer les taux « Lv » et « Lh » pour 2018 et préciser les conditions d’application de la clause de sauvegarde	180
Article 15 – Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe	186
Article 16 – Modernisation du recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs.....	190
Article 17 – Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général.....	200
Article 18 – Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale	206
Article 25 - Majoration du CMG pour les familles monoparentales	226
Article 26 - Harmonisation du barème et des plafonds de la PAJE et du complément familial	237
Article 28 - Revalorisation de l’ASPA et des anciennes allocations du minimum vieillesse.....	243
Article 29 – Fixation des dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse au 1er janvier de chaque année.....	247
Article 31 – Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale.....	252
Article 32 – Dispositions relatives aux dotations de la branche des accidents du travail.....	257
Article 34 – Extension de l’obligation vaccinale à l’ensemble des vaccins figurant au calendrier vaccinal.....	263
Article 35 – Cadre d’expérimentations pour l’innovation dans le système de santé.....	272
Article 36 – Prise en charge de la télémédecine.....	284
Article 37 – Dynamisation de la procédure d’inscription des actes à la nomenclature.....	293
Article 38 – Adapter les conditions de prise en charge des produits de santé hospitaliers.....	303
Article 39 – Renforcer l’efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières.....	314
Article 40 – Amélioration de la pertinence de l’utilisation des dispositifs médicaux en fournissant une information de meilleure qualité	319
Article 41 – Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux	335
Article 42 - Uniformisation et révision des textes sur les demandes d’accord préalable (DAP)	345

Article 43 – Extension de la mise sous objectifs (MSO) et de la mise sous accord préalable (MSAP) à tous les prescripteurs.....	352
Article 44 – Report de l'application du règlement arbitral dentaire.....	359
Article 45 – Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes.....	363
Article 46 – Abrogation de la dégressivité tarifaire.....	366
Article 47– Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé.....	369
Article 48 - Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation.....	372
Article 49 – Évolution des compétences financières des Agences Régionales de Santé (ARS).....	382
Article 50 – Mesure d'efficacité et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social.....	389
Article 51 – Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS).....	399
Article 52 - Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2018 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs.....	412
Article 56 – Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG).....	417
Article 57 – Diverses mesures relatives à la lutte contre la fraude.....	422
Avis des caisses.....	435

Article 3 – Disposition fixant la dotation au FMESPP, au FIVA, de la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et modifiant les recettes affectées au Fonds CMU-C

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant de la mobilisation des excédents du FEH et la dotation assurance maladie au FMESPP

L'article 100 de la LFSS pour 2017 prévoit une mobilisation des excédents du FEH à hauteur de 70 M€ pour le financement du FMESPP. Or, au vu de la situation financière du FEH, il est nécessaire de minorer cette contribution et de majorer en parallèle celle de l'assurance maladie.

b) s'agissant du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Les dépenses d'indemnisation du FIVA s'inscrivent dans une trajectoire de diminution : au cours de l'année 2016, le FIVA a enregistré un nombre de demandes en baisse d'un peu plus de 3% par rapport à l'année 2015. Les 9 premiers mois de l'année 2017 ont confirmé cette tendance, la demande totale apparaissant en baisse de 4,5 % par rapport à la même période 2016.

Selon les prévisions actualisées d'exécution, les dépenses d'indemnisation s'élèveraient à 384,5 M€ en 2017 contre 450,9 M€ en 2016. Ces éléments justifient une révision à la baisse de la dotation AT-MP au FIVA au titre de l'année 2017.

c) s'agissant de la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ». Ce dispositif est applicable depuis le 1er juillet 2011.

Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) du régime général au profit de la branche retraite¹.

L'année 2017 fait apparaître un besoin de financement supérieur à la prévision initiale, notamment du fait de l'entrée en vigueur, au 1er octobre 2017, de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, qui prévoit un élargissement du dispositif. Ainsi, le besoin de financement de ce dispositif s'élève à 67,4 millions d'euros, en intégrant des frais de gestion évalués à 0,7 millions d'euros.

La mesure vise à opérer cette rectification.

d) S'agissant de la mobilisation des excédents du Fonds CMU

Institué par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le Fonds CMU est un établissement public à caractère administratif qui prend en charge les dépenses de CMU complémentaire et d'aide à la complémentaire santé (ACS). Il est financé exclusivement par la perception d'une recette fiscale pesant sur les primes versées aux contrats d'assurance (TSA). Le produit de TSA dont bénéficie le fonds ayant excédé ses besoins, les comptes des autres affectataires de cette taxe (la CNAMTS depuis 2017) s'en trouvent impactés. Des excédents se sont ainsi constitués au fonds CMU, au détriment de l'amélioration des soldes des branches du régime général.

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

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne de la mobilisation des excédents du FEH et la dotation assurance maladie eu FMESPP

La mesure proposée prévoit de porter de 70 M€ à 30 M€ le prélèvement sur les réserves du FEH au profit du FMESPP, soit une minoration du prélèvement de 40 M€ au titre de 2017. Ce transfert nécessite de majorer de 15 M€ supplémentaires (pour un total de 59,4 M€) la participation des régimes d'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2017.

b) Mesure proposée en ce qui concerne le FIVA

Il est proposé de rectifier à la baisse la dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au FIVA pour l'année 2017 : la dotation rectifiée s'élèvera à 250 M€ au lieu de 400 M€ initialement voté dans la LFSS pour 2017, soit une minoration de 150 M€. Cette rectification permettra de maintenir un fonds de roulement satisfaisant d'un point de vue prudentiel : son niveau s'élèverait à 97,7 M€ à la fin de l'année 2017, montant correspondant à plus de trois mois de dépenses d'indemnisation.

c) Mesure proposée en ce qui concerne la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente

Il est proposé de porter de 59,8 M€ à 67,4 M€ le montant de la contribution de la branche AT-MP à la CNAV pour l'année 2017 au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente, afin de financer les dépenses correspondantes pour l'année 2017.

d) Mesure proposée en ce qui concerne le fonds CMU

La mesure réduit les recettes du fonds de 150M€ au bénéfice de la branche maladie du régime général, afin d'éviter que les excédents du fonds ne continuent à s'accroître et d'améliorer ainsi le solde du régime général. Les réserves du fonds devraient ainsi s'élever à 218M€ fin 2017.

e) Autres options possibles

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

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

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

Les mesures relatives au FIVA et à la retraite anticipée pour incapacité permanente affectent les dépenses de la branche accident du travail et maladies professionnelles au titre de l'année en cours et entrent ainsi dans le champ d'application du A du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure relative à la mobilisation des excédents constitués par le fonds CMU aura un impact sur les recettes de la branche maladie du régime général et entre ainsi dans le champ d'application du A du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'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.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, 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 non applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	mesure non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)

	2017 (rectificatif)	2018	2019	2020	2021
	-15				

La mesure conduit à majorer, à ONDAM constant, la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP pour 2017 de 15M€.

b) Mesure proposée en ce qui concerne le FIVA

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Branche AT-MP	+150 M€				

La mesure conduit à minorer de 150 M€ la participation de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général au FIVA pour 2017.

c) Mesure proposée en ce qui concerne la contribution au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Branche AT-MP	-7,6 M€				

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

La branche retraite évalué à 67,4 M€ le coût du dispositif en 2017. Ce montant conduit à un besoin de financement de 7,6 M€ supplémentaires par rapport à la dotation initialement fixée en LFSS pour 2017 (59,8M€), et en intégrant un coût de gestion annuel de 0,7M€.

d) Mesure proposée en ce qui concerne la réduction des recettes du Fonds CMU-c

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Branche maladie	+150 M€				

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Article 4 – Rétablissement de l'obligation de téléversement de la C3S, fusion de la C3S et de sa contribution additionnelle et suppression de la contribution supplémentaire à la C3S

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant du rétablissement de l'obligation de téléversement :

Dans la perspective de la suppression de la C3S, envisagée par le précédent gouvernement, l'article 9 de la LFSS pour 2016 avait prévu, outre une nouvelle augmentation de l'abattement d'assiette applicable, la suppression de l'obligation de téléversement par les redevables. En effet, au regard des investissements nécessaires pour la mise aux normes SEPA du téléversement, il n'était pas estimé opportun de maintenir cette obligation pour ce qui concerne les dernières campagnes de recouvrement de la contribution.

Toutefois, compte tenu du maintien de la C3S, il apparaît à présent nécessaire de rétablir l'obligation de téléversement, dans un double objectif de rationalisation et de simplification des modalités de recouvrement de la contribution.

b) S'agissant de la contribution supplémentaire :

L'article 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 a prévu la création, en 2017, d'une contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Cette contribution supplémentaire est due en année N par les entreprises redevables de la C3S l'année précédente, ayant réalisé un chiffre d'affaires au cours de cette année N et dont le chiffre d'affaires de l'année N-1 est supérieur à 1 Md€. L'assiette de cette contribution est le chiffre d'affaires de l'année N, et son taux est fixé à 0,04 %. La loi a prévu qu'un acompte correspondant à 90% du montant prévisionnel de la contribution soit versé au plus tard le 15 décembre de l'année au titre de laquelle cette contribution est due, le solde devant être versé en N+1. Le montant total de la contribution supplémentaire devait s'imputer ensuite sur le montant de la C3S versée en N+1 à raison du même chiffre d'affaires.

L'instauration de la contribution supplémentaire visait initialement à anticiper le versement d'une partie de la C3S, dans le but de faire coïncider année du fait générateur de l'impôt et année de son versement, au moyen de l'acompte de 90 %. Cette méthode vise à permettre la comptabilisation en droits constatés de la contribution comme produit de l'année de la réalisation du chiffre d'affaires sur lequel elle est assise, comme c'est déjà le cas dans la comptabilité d'entreprises. Ce faisant, la mesure aurait permis de générer un gain supplémentaire en 2017, de manière temporaire.

Toutefois, ce gain temporaire ne conduit à aucune amélioration durable de la situation des finances sociales. En outre, cette mesure constitue bien une nouvelle charge de trésorerie pour les redevables, tenus au versement d'un acompte de cette nouvelle contribution dès le mois de décembre 2017. Par ailleurs, de par sa proximité avec la C3S et son mécanisme d'imputation sur cette taxe, la création de la nouvelle contribution complexifie inutilement la fiscalité des entreprises et pèse sur la trésorerie des redevables en fin d'année.

c) S'agissant de la contribution additionnelle :

La contribution additionnelle à la C3S, prévue à l'article L. 245-13 du code de la sécurité sociale, a été instituée par l'article 75 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée et contrôlée selon les mêmes modalités que celles applicables en matière de C3S. Depuis sa création, le taux de la contribution additionnelle est fixé à 0,03 %.

La création de la contribution additionnelle visait initialement à permettre une affectation spécifique de son produit à la CNAMTS, qui ne comptait pas alors parmi les organismes affectataires de la C3S¹. Or, depuis l'année 2015, les modalités d'affectation de ces deux contributions sont unifiées, conformément aux dispositions de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale. Dans ces conditions, le maintien de la contribution additionnelle n'apparaît plus opportun.

Toujours dans une optique de simplification de la législation, le taux de la C3S sera désormais inscrit dans la loi, et ne sera plus fixé par décret.

¹ En vertu de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, la C3S était affectée, au moment de l'instauration de la contribution additionnelle : aux régimes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

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

La mesure prévoit la suppression dès 2017 de la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés, instituée par l'article 112 de la LFR pour 2016. Par ailleurs, dans un objectif de réduction des coûts de gestion et de recouvrement de la C3S et compte tenu du caractère pérenne de cette contribution, il est proposé de rétablir, à compter de 2018, l'obligation de téléréglément de la C3S. Enfin, dans un souci de lisibilité et de simplification de la législation, il est prévu de fusionner la C3S et la contribution additionnelle, sans conséquence pour le redevable. Ce faisant, la contribution additionnelle serait supprimée et le taux de la C3S majoré à due concurrence, de manière à garantir un taux de prélèvement constant (à hauteur de 0,16 % du chiffre d'affaires).

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

Les dispositions du présent article concernent 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 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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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) ?

La mesure est conforme aux règles de l'Union européenne.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 241-3, L. 651-2-1, L. 651-3, L. 651-5 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article 39 du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge une disposition devenue obsolète de l'article 112 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016. Par ailleurs, elle supprime l'article L. 245-13-1 ainsi que la section 4 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure applicable
Mayotte	Mesure applicable
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Mesure non applicable

<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure non 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

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
contribution supplémentaire - CNAM	- 480 M€				
contribution supplémentaire - CNAV		-480 M€	-480 M€	-480 M€	-480 M€
C3S- CNAV		+480 M€	+480 M€	+480 M€	+480 M€

En 2017, la suppression de la contribution supplémentaire constituera, pour les recettes de l'Etat, un gain net de 100 M€ environ, en raison d'une hausse de produit lié à l'impôt sur les sociétés (la contribution supplémentaire ayant vocation à se déduire de l'assiette de l'impôt sur les sociétés dû au titre de la même année).

En revanche, sur le plan de la *comptabilité générale* (droits constatés), la suppression de la contribution supplémentaire, rattachée dans les comptes de l'année de réalisation du chiffre d'affaires sur lequel elle est assise, engendrerait une perte de 480 M€ pour l'année 2017. L'impact resterait nul pour les années suivantes : dès lors que la contribution supplémentaire se déduit, pour la plupart des entreprises, de la C3S versée l'année suivante à raison du même chiffre d'affaires, le produit global, intégralement affecté aux organismes de sécurité sociale, ne serait pas modifié par la mesure.

Les mesures de rétablissement de l'obligation de téléversement et de suppression de la contribution additionnelle n'ont aucun impact financier.

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

a) impacts économiques

Sur le plan financier, la mesure est favorable aux redevables de la C3S, dès lors que la suppression de la contribution supplémentaire constitue un gain de trésorerie alors qu'ils étaient initialement tenus au versement d'un acompte en fin d'année. Par ailleurs, la mesure contribue à rendre plus lisible la fiscalité applicable aux entreprises.

b) impacts sociaux

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

Sans objet

- **impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

La mesure contribue à simplifier les modalités de paiement de la C3S pour les redevables, par la mise en place du téléversement.

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

La mise en place du téléversement simplifie les modalités de recouvrement de la C3S et contribue à diminuer, sur le long terme, les coûts de gestion de cette contribution.

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 et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 241-3 actuel	Article L. 241-3 modifié
<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par le produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13, L. 245-13-1 et L. 651-1 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>[...]</p>	<p>La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par le produit de la contribution mentionnée à l'article des contributions mentionnées aux articles L. 245-13, L. 245-13-1 et L. 651-1 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>[...]</p>
Article L. 245-13 actuel	Article L. 245-13 modifié
<p>Il est institué une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.</p>	<p><i>Article abrogé</i></p>
Article L. 245-13-1 actuel	Article L. 245-13-1 modifié
<p>Il est institué une contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue aux articles L. 651-1 à L. 651-9, due au titre de l'année en cours.</p> <p>Cette contribution supplémentaire, dont le taux est de 0,04 %, est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, sous réserve des dispositions suivantes :</p> <p>1° Elle est due par les sociétés, entreprises et établissements existant au 1er janvier de l'année au titre de laquelle elle est due et dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, réalisé l'année précédente, est supérieur ou égal à 1 milliard d'euros ;</p>	<p><i>Article abrogé</i></p>

<p>2° Elle est assise sur le chiffre d'affaires réalisé l'année au titre de laquelle elle est due ;</p> <p>3° En cas de cessation définitive d'activité, de cession totale ou de dissolution survenant entre le 1er janvier de l'année au titre de laquelle elle est due et la date d'exigibilité, la contribution supplémentaire, calculée sur la base du chiffre d'affaires réalisé jusqu'au 31 décembre de cette année ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date de cessation définitive d'activité, de cession totale ou de dissolution, devient immédiatement exigible ;</p> <p>4° Les redevables de la contribution supplémentaire sont tenus de déclarer et de verser au plus tard le 15 décembre de l'année au titre de laquelle elle est due un acompte égal à 90 % du montant de la contribution assise sur le chiffre d'affaires estimé de cette même année, selon les modalités et sous les sanctions prévues aux articles L. 651-5-3 à L. 651-5-6. Lorsque le montant de l'acompte est supérieur au montant de la contribution due, l'excédent est restitué dans un délai de trente jours à compter de la date de déclaration de solde. Une majoration de 5 % est appliquée à l'insuffisance de versement d'acompte lorsque cette insuffisance, constatée lors du dépôt de la déclaration de solde, est supérieure à 10 % du montant de l'acompte qui aurait été dû et à 100 000 €.</p> <p>Le montant de la contribution supplémentaire s'impute sur le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 due par le même redevable et assise sur le même chiffre d'affaires.</p>	
<p>Article L. 651-2-1 actuel</p>	<p>Article L. 651-2-1 modifié</p>
<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2.</p>	<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, minoré des frais de recouvrement, est affecté et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2.</p>
<p>Article L. 651-3 actuel</p>	<p>Article L. 651-3 modifié</p>
<p>La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires de la société est inférieur à 760 000 euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.</p> <p>[...]</p>	<p>La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé à 0,16 % par décret, dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires de la société est inférieur à 760 000 euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.</p> <p>[...]</p>
<p>Article L. 651-5 actuel</p>	<p>Article L. 651-5 modifié</p>
<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette</p>	<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette</p>

<p>contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Pour les établissements de crédit, les sociétés de financement et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.</p> <p>Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.</p> <p>[...]</p>	<p>contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Pour les établissements de crédit, les sociétés de financement et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.</p> <p>Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.</p> <p>[...]</p>
<p>Article L. 651-5-3 actuel</p>	<p>Article L. 651-5-3 modifié</p>
<p>Les sociétés, entreprises et établissements dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur au montant de l'abattement mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3 sont tenues d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 651-5 et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie dématérialisée auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4 au plus tard le 15 mai de l'année qui suit celle au cours de laquelle a été réalisé le chiffre d'affaires sur lequel la contribution est assise. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés, entreprises et établissements utilisent les services de télédéclaration mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.</p> <p>Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société, l'entreprise ou l'établissement.</p> <p>Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.</p>	<p>Les sociétés, entreprises et établissements dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur au montant de l'abattement mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3 sont tenues d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 651-5 et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie dématérialisée auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4 au plus tard le 15 mai de l'année qui suit celle au cours de laquelle a été réalisé le chiffre d'affaires sur lequel la contribution est assise. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés, entreprises et établissements utilisent les services de télédéclaration et de téléversement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.</p> <p>Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société, l'entreprise ou l'établissement.</p> <p>Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de</p>
<p>Code général des impôts</p>	
<p>Article 39 actuel</p>	<p>Article 39 modifié</p>
<p>1. Le bénéfice net est établi sous déduction de toutes</p>	<p>1. Le bénéfice net est établi sous déduction de toutes</p>

<p>charges, celles-ci comprenant, sous réserve des dispositions du 5, notamment :</p> <p>[...]</p> <p>6° La contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale et les contributions additionnelle et supplémentaire mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 245-13-1 du même code, ainsi que la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat issue de l'article 3 modifié de la loi n° 72-657 du 13 juillet 1972 instituant des mesures en faveur de certaines catégories de commerçants et artisans âgés ;</p> <p>[...]</p>	<p>charges, celles-ci comprenant, sous réserve des dispositions du 5, notamment :</p> <p>[...]</p> <p>6° La contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale et les contributions additionnelle et supplémentaire mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 245-13-1 du même code, ainsi que la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat issue de l'article 3 modifié de la loi n° 72-657 du 13 juillet 1972 instituant des mesures en faveur de certaines catégories de commerçants et artisans âgés ;</p> <p>[...]</p>
<p>Loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016</p>	
<p>Article 112 actuel</p>	<p>Article 112 modifié</p>
<p>[...]</p> <p>III.- Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2017.</p> <p>Par dérogation à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-13-1 du même code est affecté en 2017 à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code.</p>	<p>[...]</p> <p>III.- Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2017.</p> <p>Par dérogation à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-13-1 du même code est affecté en 2017 à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 dudit code.</p>

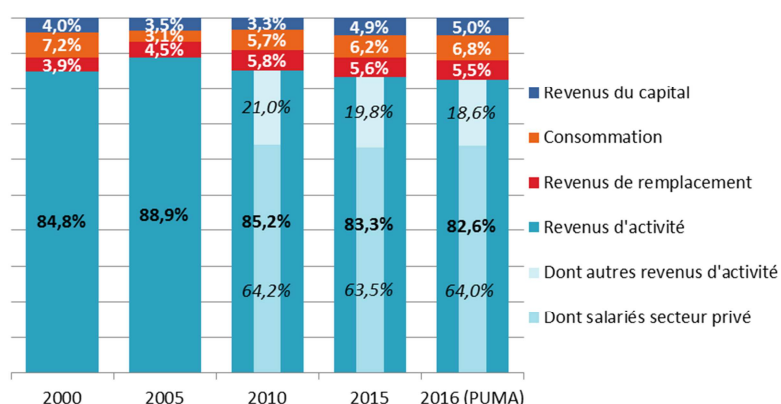
I. Présentation de la mesure

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

Conformément au programme présidentiel, le Gouvernement propose de mettre en œuvre une mesure qui accordera un gain de pouvoir d’achat sans précédent à destination de tous les actifs.

En 2017, le taux de prélèvement obligatoire assis sur les rémunérations d’un salarié rémunéré au SMIC est de plus de 22 %. Ce niveau important de cotisation aboutit à majorer de manière indirecte, le coût du travail, qui reste en France plus élevé que chez la plus part de nos pays voisins européens, et réduit le pouvoir d’achat des salariés. Par ailleurs, malgré la démarche progressive de diversification de ses sources de recettes, le financement de la sécurité sociale repose encore pour plus de 80% sur les revenus du travail. Les prélèvements sur les salaires du secteur privé représentent spécifiquement les deux tiers du financement global du régime général.

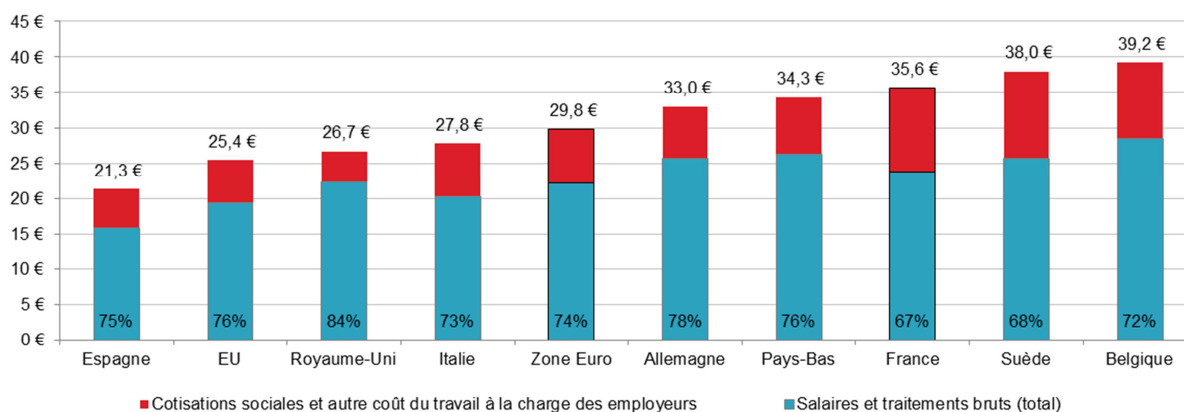
Évolution de la structure des recettes du régime général de 1983 à 2015 par assiette économique



NB : PUMA = protection maladie » universelle

Source : Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale

Coût horaire moyen de la main d’œuvre par heure travaillée (en euros) en 2016



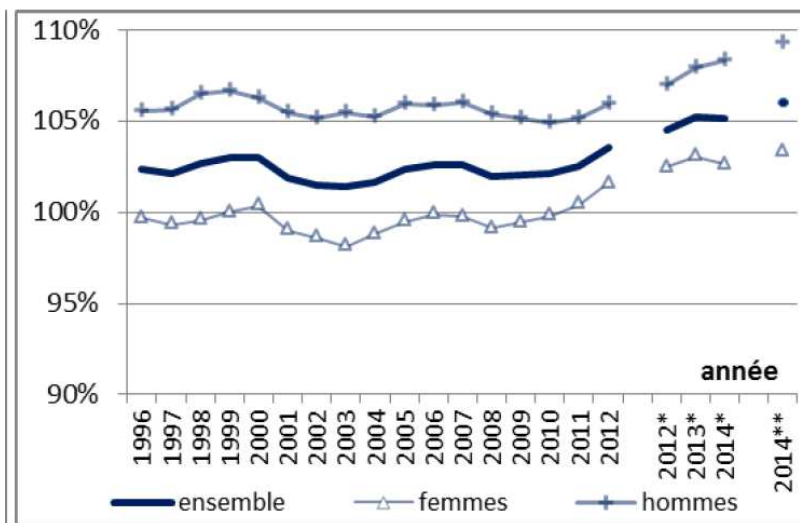
Source : eurostat

En regard, le poids des prélèvements obligatoires pèse beaucoup moins fortement sur les autres sources de revenus, c’est-à-dire les revenus de remplacement ou du capital, alors même que les titulaires de ces revenus bénéficient, comme les actifs, des prestations sociales. Ainsi, à niveau de revenus équivalents et sans tenir compte des cotisations d’assurance chômage et d’assurance vieillesse, le poids des prélèvements sur les pensions de retraite est plus faible que celui s’appliquant aux revenus des actifs, alors même que ces retraités bénéficient d’une protection sociale proche.

Il est donc justifié, au vu de ce constat, afin d’augmenter le pouvoir d’achat des actifs sans dégrader l’équilibre général des comptes de la sécurité sociale de supprimer certaines cotisations et contributions pesant sur les revenus du travail. La suppression des cotisations est un moyen de toucher tous les travailleurs individuellement, y compris ceux dont les revenus annuels sont faibles et se situent dans les premiers déciles de revenus, à la différence par exemple d’une

mesure de pouvoir d'achat qui se traduirait par une baisse de l'impôt sur le revenu, dont seule la moitié des foyers sont redevables.

Niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population



Source : Rapport annuel du COR, juin 2017

Cette mesure sera financée par une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG). La proportionnalité de la CSG, cohérente avec sa mise en place par substitution partielle aux cotisations qui lui préexistaient, répond à l'objectif de redistribution par les politiques sociales et traduit l'exigence d'un haut niveau de mutualisation de certaines dépenses dont bénéficient l'ensemble des personnes qui résident de manière stable en France.

La mesure s'inscrit dans une double logique de renforcement du pouvoir d'achat des actifs et de rééquilibrage des efforts contributifs entre actifs et inactifs d'une part, et entre revenus du travail et du capital d'autre part.

La CSG présente en effet les caractéristiques d'une taxation uniforme dont l'assiette est universelle, puisque son assiette touche la totalité des revenus, d'activité, de remplacement et du capital, ce qui a des effets avantageux sur les comportements économiques, notamment du fait de l'absence de distorsion entre les revenus.

Concernant la CSG acquittée par les actifs, celle-ci est assise sur une assiette plus large que celle des cotisations, incluant les accessoires de rémunération qui sont exclus de l'assiette des cotisations sociales (épargne salariale, actionnariat salarié et protection sociale complémentaire) et qui sont versés en proportion plus importante aux cadres. Également, seuls les éléments de rémunération (dans la limite de quatre fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale) soumis à cotisations bénéficient d'un abattement forfaitaire de 1,75 % au titre des frais professionnels pour le calcul de la CSG. En 2016, un point de CSG activité représente un rendement de plus de 13 Md€, contre un peu plus de 8 Md€ s'agissant des cotisations sociales pour les risques universels (maladie et famille). Il est donc possible de transformer une baisse de cotisations par une augmentation moins importante du taux de CSG, tout en créant une redistribution entre cadres et non cadres.

La CSG porte également sur les revenus de remplacement (pensions de retraite, d'invalidité, allocations de chômage et indemnités journalières de sécurité sociale) qui sont par nature exclus de l'assiette des cotisations et qui bénéficient par ailleurs de taux de CSG différenciés en fonction du revenu fiscal (6,6%, 3,8 % ou exonération), à l'exception des indemnités journalières de sécurité sociale et des allocations chômage (6,2 %). La CSG sur les revenus de remplacement représente 20 % du rendement global de la contribution.

Enfin, la CSG porte sur les revenus du capital (au taux de 8,2 %) et des jeux (aux taux de 6,9 %, 9,5 % ou 12 %). La CSG sur les revenus du capital représente 10 % du rendement global de la contribution.

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

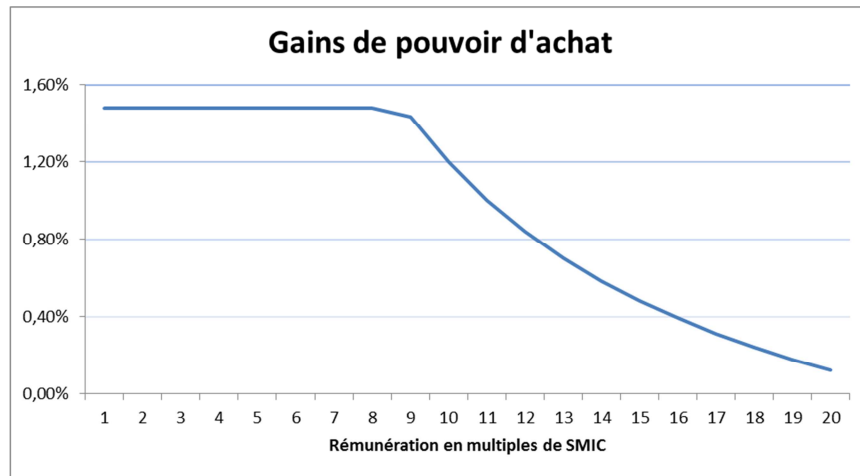
a) Mesure proposée

• Concernant les salariés du secteur privé :

Afin de redonner du pouvoir d'achat aux salariés, il est proposé d'abaisser de 3,15 points les cotisations et contributions qu'ils acquittent en contrepartie d'une hausse de 1,7 point de la CSG sur les revenus d'activité. La mesure vise ainsi à supprimer le paiement de toute cotisation salariale d'assurance maladie (0,75 %) et à exonérer du paiement des contributions d'assurance chômage (2,40 %). La mesure s'appliquera en deux temps au cours de l'année 2018 : au 1^{er} janvier 2018, la cotisation salariale maladie (0,75 %) sera supprimée et 1,45 point de contribution salariale d'assurance chômage sera exonéré. Puis, au 1^{er} octobre, 0,95 point supplémentaire de la contribution salariale d'assurance chômage (soit un total de 2,40 points) sera exonéré.

A terme, en année pleine, la mesure se traduira à terme par un gain de pouvoir d'achat de 263 € par an pour une personne rémunérée au SMIC ou de 526 € pour un couple dont chacun des membres est rémunéré au SMIC. Le gain financier de cette mesure sera visible par tous les salariés sur leur bulletin de paie dès janvier 2018, sans aucun impact sur les droits sociaux des intéressés.

Gain net par salarié selon leur niveau de rémunération



Source : Direction de la sécurité sociale

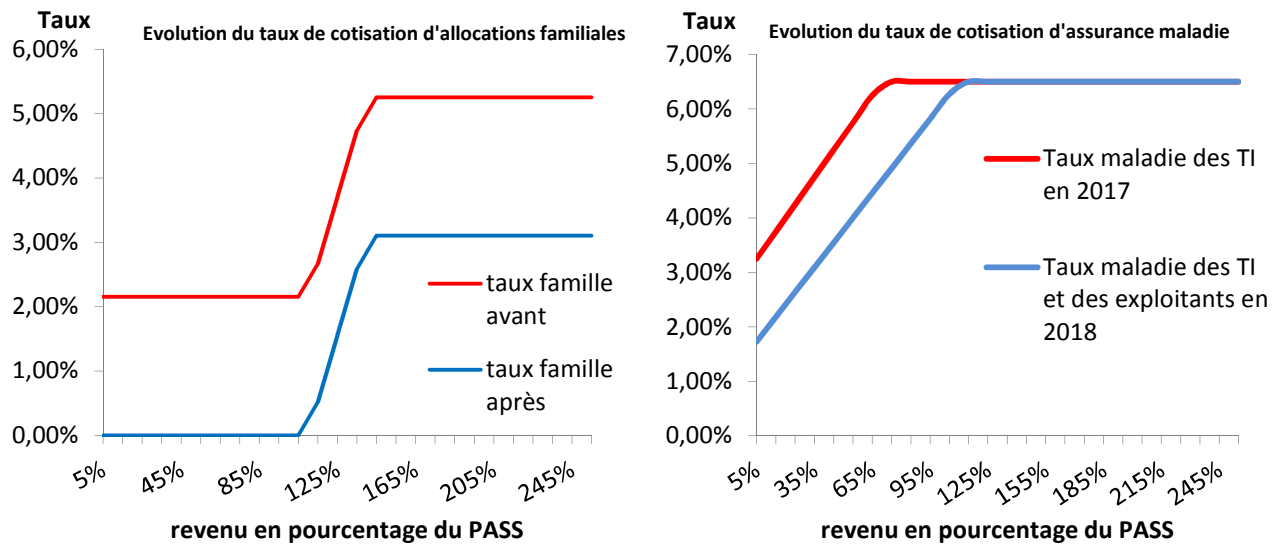
• **Concernant les travailleurs indépendants :**

S'agissant des travailleurs indépendants, qui n'acquittent pas de cotisations salariales ni de cotisations d'assurance chômage, des mesures équivalentes de baisses de cotisations sont nécessaires, qui doivent porter préférentiellement sur les cotisations destinées au financement de risques non contributifs, afin d'éviter tout impact sur la constitution de leurs droits sociaux.

D'une part, la mesure proposée vise à réduire le taux des cotisations d'allocations familiales de 2,15 points pour tous les travailleurs indépendants : le taux de cotisations d'allocations familiales serait nul jusqu'à 110 % du PASS (plus de 43 000 euros en 2018) puis progressera pour atteindre un taux « normal » de 3,10 % à 140 % du PASS (environ 55 000 euros). Cette mesure permettra de neutraliser, pour tous les niveaux de revenus, les effets de la hausse de 1,7 point de CSG (en effet, l'assiette des cotisations sociales étant chez les travailleurs indépendants plus réduite que l'assiette de la CSG, il convient de réduire les cotisations dans une proportion plus importante que la hausse de la CSG afin de garantir un effet équivalent en termes de revenu net).

D'autre part, et afin de dégager du pouvoir d'achat, il est proposé de renforcer l'exonération dégressive des cotisations d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 : ainsi, il est proposé de réduire le taux de la cotisation due sur les plus bas revenus, actuellement de 3 %, à 1,5 %, soit une exonération de 5 points par rapport au taux normal de 6,5 %. Cette exonération serait dégressive et les cotisations d'assurance maladie-maternité resteront acquittées dans leur totalité au taux à partir de 110 % du PASS (soit environ 43 000 euros). Cette mesure conduit à un gain de pouvoir d'achat pour 75 % des travailleurs indépendants, c'est-à-dire ceux dont les revenus sont inférieurs à ce seuil, tandis que ceux dont les revenus sont supérieurs à ce seuil bénéficieront d'une simple compensation de la hausse de CSG.

Il est proposé de mettre en place la même exonération pour les exploitants agricoles, en remplacement de l'exonération de 7 points de la cotisation maladie dont ils ont bénéficié en 2016. N'étant soumise à aucune condition de ressources, l'exonération actuelle est en effet mal ciblée et bénéficie pour 50 % de son montant aux 15 % des exploitants agricoles dont les revenus sont les plus élevés. L'alignement du taux de la cotisation maladie et maternité des exploitants agricoles sur celle des travailleurs indépendants et la mise en place de cette nouvelle exonération visent à rétablir une forme d'équité entre les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles qui bénéficient de prestations identiques en matière de prestations en nature d'assurance maladie. Elle est, en outre, plus favorable aux exploitants agricoles dont les revenus sont les plus faibles que la situation actuelle, tout en remettant en question une partie des avantages accordés pour les plus hauts revenus.

Évolution proposée des taux de cotisation d'allocations familiales et d'assurance maladie des travailleurs indépendants

Source : Direction de la sécurité sociale

En outre, des ajustements du taux global de cotisations applicable aux micro-entrepreneurs seront réalisés par décret pour tenir compte du renforcement de ces exonérations et du doublement du seuil de la micro-entreprise¹. Enfin, s'agissant de certains praticiens et auxiliaires médicaux, qui bénéficient, sur leurs revenus conventionnés, d'une prise en charge par l'assurance-maladie de leurs cotisations maladie et famille (c'est notamment le cas des médecins ainsi que des infirmiers en zone sous-dense), il est proposé, afin de garantir une égalité de traitement avec les autres professions libérales, que l'assurance maladie soit en capacité de prendre en charge une partie des cotisations vieillesse de base de sorte que la hausse de CSG leur soit entièrement compensée, comme pour l'ensemble des travailleurs indépendants.

- **Concernant les agents publics :**

Pour les agents publics, des solutions de compensation seront proposées dès 2018. En effet, les fonctionnaires ne paient pas de cotisations salariales maladie et tous les agents publics ne sont pas affiliés à l'assurance chômage et sont en revanche redevables d'une contribution exceptionnelle de solidarité (CES) au taux de 1 %. La suppression de cette dernière, qui est proposée dans le cadre du projet de loi de finances pour 2018, ne suffira donc pas à compenser l'intégralité de l'effet de la hausse de CSG : elle sera donc accompagnée de mesures compensatoires visant à garantir le pouvoir d'achat des agents publics.

- **Concernant les bénéficiaires de revenus de remplacement :**

La hausse de 1,7 point du taux de CSG destinée au financement de la protection sociale sera applicable également aux pensions de retraite et d'invalidité assises sur les pensions dues à compter du 1er janvier 2018, ce qui permettra de satisfaire l'objectif de redistribution entre les niveaux et les catégories de revenus.

Toutefois, par cohérence avec l'objectif même de la mesure, la hausse du taux de CSG ne concernera pas les bénéficiaires d'allocations chômage ou de d'indemnité journalières, ces revenus étant accordés à des actifs en situation d'absence ou d'arrêt temporaire de travail.

Par ailleurs, la hausse de CSG ne concernera que les bénéficiaires de pensions dont le niveau de revenus permet l'assujettissement au taux normal. En effet, les titulaires de revenus de pensions sont soumis à un taux de CSG qui dépend de leur revenu fiscal de référence. Ainsi, la mesure prévoit que les pensions de retraite des personnes aujourd'hui exonérées de CSG (environ 4 millions de pensionnés) ou assujetties à la CSG au taux réduit de 3,8 % (environ 1,8 million de pensionnés) ne seront pas concernées par la hausse de CSG.

Les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité concernés par la mesure sont donc ceux qui acquittent la CSG au taux de 6,6% (environ 8 millions de pensionnés du régime général), soit près de 60% des titulaires d'une pension.

Enfin, il convient de préciser qu'au-delà du champ des prélèvements sociaux, la hausse du taux de CSG sera compensée pour tout ou partie par la suppression de la taxe d'habitation pour 80% des foyers prévue en PLF pour 2018.

¹ Selon les hypothèses actuelles, le taux unique de cotisations passerait à 12,80% pour les activités de commerce, à 21,60% pour les activités artisanales et à 21,30 % pour les activités des professionnels libéraux.

• **Concernant les bénéficiaires de revenus du capital et des jeux :**

En cohérence avec le principe d'universalité de la CSG et dans l'objectif global de redistribution des prélèvements sociaux entre les différentes catégories de revenu, la hausse de 1,7 point du taux de la contribution portera également sur les revenus du capital. Ainsi, la mesure s'appliquera :

- aux revenus de placement générés à compter du 1er janvier 2018, soumis aux prélèvements sociaux recouverts au fil de l'eau ;
- aux revenus du patrimoine perçus à compter de l'année 2017, assujettis aux prélèvements sociaux à raison des rôles émis à compter du 1er janvier 2018.

Le taux global des prélèvements sociaux applicables aux revenus du capital, qui comprennent, outre la CSG, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), le prélèvement de solidarité, le prélèvement social et la contribution additionnelle à ce prélèvement, sera donc porté de 15,5 % à 17,2 %. La mesure consiste ainsi à faire contribuer davantage les titulaires de revenus du capital au financement de la protection sociale, dans un contexte d'allègement global de la charge fiscale sur les revenus du capital par l'instauration, par ailleurs, d'un prélèvement forfaitaire unique. Comme les précédentes hausses, ce relèvement du taux de prélèvements sociaux ne sera pas applicable aux gains acquis ou constatés avant l'entrée en vigueur de la loi en ce qui concerne les produits d'épargne qui ne sont pas soumis à la règle générale de taxation au fil de l'eau et restent soumis à la règle de taxation sur la base des taux dits « historiques ». Ces gains continueront à être taxés en fonction des taux en vigueur lorsqu'ils ont été constatés. Toutefois, les modalités d'entrée en vigueur de cette hausse pourront être précisées par amendement lors du processus parlementaire.

Enfin, la hausse du taux de la CSG concernera les produits de certains jeux, assujettis à CSG aux taux :

- de 6,9 % sur une fraction des sommes mises sur les jeux exploités par La Française des jeux ;
- de 9,5 % sur une fraction du produit des jeux automatiques des casinos ;
- de 12 % sur les gains des jeux de casinos d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros.

b) Autres options possibles

Des mesures de pouvoir d'achat passant par une baisse de l'impôt sur le revenu qui auraient pu être décidées n'auraient pas permis de cibler les actifs les plus modestes, dans la mesure où la moitié des foyers fiscaux ne sont pas redevables de l'impôt sur le revenu.

C'est donc, à cet égard, une mesure de pouvoir d'achat plus équitablement répartie. Elle se cumule avec la suppression de la taxe d'habitation pour 80 % des foyers qui, quant à elle, ne vise pas prioritairement les actifs, mais permet de compenser pour partie la hausse de CSG pour les retraités qui seront visés.

Pour compenser les baisses de cotisations, une autre mesure de financement de cette mesure de pouvoir d'achat aurait également pu passer par une hausse de la TVA, plutôt que de la CSG. Cette option présente toutefois de nombreux inconvénients qui ont conduit à écarter celle-ci. En particulier, compte tenu de son rendement moindre que celui de la CSG, pour assurer le financement de la mesure de pouvoir d'achat, la TVA aurait dû être augmentée de près de 2 points, ce qui aurait porté son taux parmi les plus élevés d'Europe. Ensuite, la TVA ne permettant pas, contrairement à la CSG, d'éviter de toucher les ménages aux revenus les plus faibles, le financement de la mesure aurait été nettement moins redistributif et aurait eu des effets négatifs sur la consommation des ménages, notamment les plus modestes.

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 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.

En effet, la mesure opère une profonde modification des ressources de la branche maladie et du FSV, supprimant les cotisations salariales et augmentant la CSG affectée à cette branche. Cette mesure a donc un fort impact sur l'équilibre financier de la branche maladie et du FSV. Elle donne aussi lieu à des réaffectations au sein de l'ensemble des régimes et des branches.

Des recettes sont affectées à l'ACOSS, pour garantir la compensation à l'euro de la perte de recettes induites pour l'assurance chômage par l'exonération des contributions salariales qui lui étaient affectées. Au surplus, l'ensemble de ces dispositions est susceptible d'avoir des conséquences sur la trésorerie du régime général (notamment la centralisation par l'ACOSS du produit des contributions d'assurance chômage dont les URSSAF n'assurent pas le recouvrement) et modifie les missions de l'ACOSS qui assurera désormais, dans le cadre de sa mission de recouvrement, le reversement à l'UNEDIC des sommes qui lui sont dues au titre des contributions salariales exonérées.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général 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 États 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) ?

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

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

a) Possibilité de codification

Modification des L. 131-9, L. 136-2, L. 136-7-1, L. 136-8, L. 172-3, L. 241-2, L. 242-11, L.313-1, L. 382-22, L. 612-5 du code de la sécurité et sociale, L. 741-9 du code rural et L. 5422-9 du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

La mesure ne sera pas applicable aux territoires de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte en l'absence de CSG dans ces territoires.

Départements et régions d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Application</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Non application partielle</i>
Collectivités d'Outre-mer	
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Application</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Non application</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Non application</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La hausse de la CSG générerait un gain en recettes de 22,5 Md€ (2018) : elle s'appliquera sur l'ensemble des revenus d'activité (près de 15,9 Md€) et des revenus du capital (2,0 Md€), ainsi que sur le taux normal de la CSG sur les revenus de remplacement (4,5 Md€). Par dérogation, il est prévu que la CSG sur les allocations chômage et sur les indemnités journalières de sécurité sociale reste au taux actuel.

S'agissant des revenus du capital, l'impact de la mesure se décompose comme suit en 2018 :

- un gain de l'ordre 2,0 Md€ au titre de la hausse du taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et de placement ;
- un gain de 100 M€ au titre de la hausse du taux de la CSG sur les jeux.

En contrepartie, la suppression de la cotisation salariale maladie (4,8 Md€) et l'exonération de la contribution salariale d'assurance chômage (9,4 Mds en 2018). Les salariés de droit privé se verront ainsi redistribuer 3 Md€ de pouvoir d'achat en 2018.

Chez les travailleurs indépendants, il est prévu que les baisses de cotisations maladie et famille compensent non seulement la hausse de CSG mais puissent leur accorder un gain de pouvoir d'achat de l'ordre de 180 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en Md€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Impact branche maladie		15,1	15,5	16,0	16,5
Impact branche famille		-1,5	-1,5	-1,5	-1,5
Impact FSV		2,0	2,1	2,2	2,2
Impact total (RG+FSV)		15,5	16,1	16,6	17,2

NB : ces impacts font l'objet d'une neutralisation dans le cadre des transferts entre branches de sécurité sociale, dont le détail est présenté dans l'étude d'impact relative à l'article 18 (transferts).

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

a) impacts économiques

Le principal impact à attendre à court terme se situe au niveau des ménages, avec un transfert de pouvoir d'achat, des retraités et des ménages percevant des revenus du capital, vers les salariés. Cela permet de rendre le travail plus rémunérateur et donc d'encourager l'offre de travail. À plus long terme, les cotisations sociales dues par les salariés et la CSG entrent dans le coin fiscal-social (c'est-à-dire l'écart entre le salaire super brut – ce qui est déboursé par l'entreprise – et le salaire super net – ce que touche le salarié). Or, pour un salarié, les cotisations sociales baissent d'un montant supérieur à la hausse de la CSG étant donné que le montant de cette dernière est également réparti sur d'autres types de revenus. On a donc une baisse du coin fiscal-social. Cela va entraîner un ajustement à la baisse des salaires bruts, et donc une baisse du coût du travail, ce qui est favorable à l'emploi. Une baisse du coût du travail est également favorable à la compétitivité des entreprises. À long terme, la mesure aura donc des effets d'offre, favorables à l'activité et à l'emploi.

• Impact pour les salariés

S'agissant des salariés du secteur privé, la hausse de CSG financera l'essentiel du coût de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie et de l'exonération des cotisations d'assurance chômage. La mesure aboutit à un gain de salaire net de 21,90 € par mois, soit 263 € par an, pour une personne rémunérée au SMIC, et de 526 € pour un couple dont chacun des membres est rémunéré au SMIC. Pour une rémunération mensuelle brute de 2 000 €, le gain serait de 29,60 € par mois (soit 355 € par an). En revanche, dans la mesure où l'assiette des cotisations d'assurance chômage est plafonnée à 4 PASS (environ 155 000 €), les personnes percevant de très hauts revenus (plus de 400 000 € par an environ) contribueront davantage sur la fraction des revenus dépassant ce plafond et ne seront pas bénéficiaires de la mesure. Les salariés bénéficiant d'éléments de rémunération pour des niveaux élevés et non assujettis aux cotisations mais déjà soumis à la CSG bénéficieront relativement moins de la mesure. Cette mesure constitue un gain de pouvoir d'achat immédiat pour les salariés dont le tableau ci-dessous en présente les effets, dès lors que la rémunération soumise à CSG serait intégralement constituée d'éléments de salaire soumis à cotisations sociales.

Rémunération annuelle brute	Gains suite à la mesure de pouvoir d'achat
17 663 € (SMIC)	+ 263 €
24 000 €	+ 355 €
35 500 € (2 SMIC)	+ 526 €
420 000 €	- 177 €

• Impact pour les travailleurs indépendants

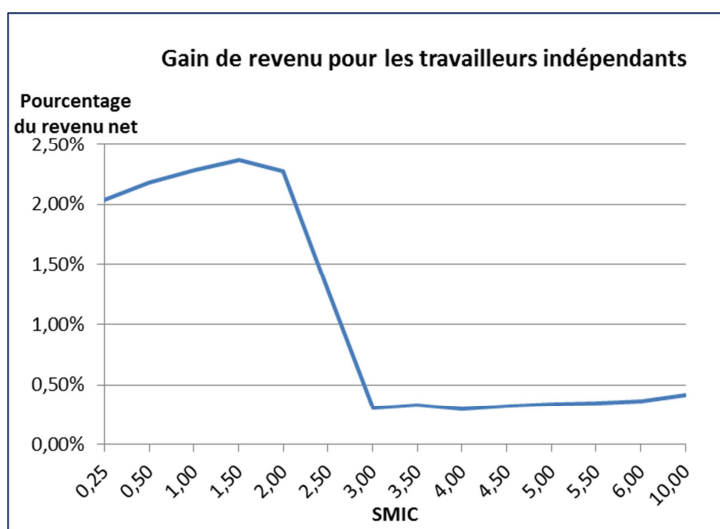
Cette mesure, qui bénéficierait à tous les travailleurs indépendants, aurait un coût net de l'ordre de 180 M€.

S'agissant des travailleurs indépendants dont le revenu est inférieur à 110 % du PASS (43 000 €), la suppression de la cotisation d'allocations familiales et le renforcement de l'exonération dégressive de cotisation d'assurance maladie permettent, malgré la hausse de 1,7 point de la CSG, une baisse des prélèvements sociaux pouvant aller jusqu'à 550 €. Pour les travailleurs indépendants dont le revenu est supérieur à 140 % PASS (55 000 €), la hausse de la CSG finance la baisse de 2,15 points de la cotisation d'allocations familiales.

Cette mesure bénéficierait globalement à 75 % des travailleurs indépendants les plus modestes et serait neutre pour les 25 % restants. La mesure est favorable pour 82 % des artisans-commerçants et 50 % des professions libérales, pour ceux qui ont un revenu inférieur à environ 3 SMIC (43 000 € de revenu net environ), mais est neutre pour ceux qui sont situés au-dessus de ce niveau.

Le taux de cotisations des micro-entrepreneurs serait également ajusté pour tenir compte du renforcement de ces exonérations et aboutir à des effets équivalents.

Revenu net annuel	Gains suite à la mesure de pouvoir d'achat
14 300 € (1 SMIC)	+ 277 €
21 500 € (1,5 SMIC)	+ 432 €
28 600 € (2 SMIC)	+ 554 €
35 800 € (2,5 SMIC)	+ 363 €



- **Impact sur les bénéficiaires de revenus de remplacements**

La hausse du taux normal de CSG de 1,7 point (passage de 6,6% à 8,3%) n'affectera que les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu fiscal de référence au titre des revenus de l'année 2016 était égal ou supérieur à 14 404 €¹ pour une personne seule en métropole, soit environ 8 millions de pensionnés du régime général.

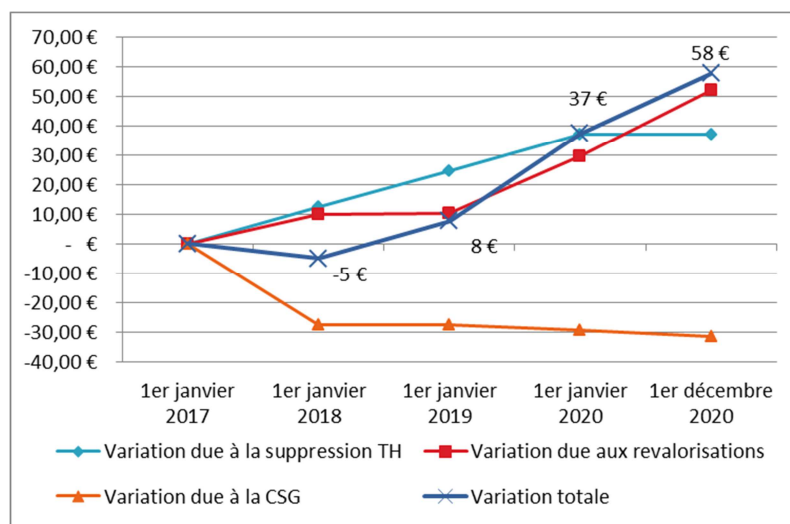
D'après l'édition 2017 du Panorama - Les retraités et les retraites de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le montant mensuel moyen de la pension de retraite de droit direct, y compris l'éventuelle majoration pour enfants, tous régimes confondus (de base et complémentaire) est estimé à 1 376 € en décembre 2015. Le montant moyen de la pension de droit nette des prélèvements sociaux s'établit à 1 283 €. Avec ces montants moyens, le niveau du revenu fiscal de référence est de l'ordre de 12 800 € en 2015, soit un montant inférieur au seuil d'assujettissement au taux fort de CSG. Cependant, le revenu fiscal de référence tient compte de tous les revenus imposables perçus par le contribuable (produits du patrimoine, produits de placements, etc.), desquels sont déduits une partie de la CSG, les charges personnelles (pensions alimentaires par exemple), ainsi que des abattements forfaitaires (abattement de 10% et abattements applicables aux plus de 65 ans).

Pour une personne âgée de plus de 65 ans, retraitée du secteur privé dont le montant du revenu fiscal de référence de 2016 s'établit à 15 000 € (soit environ 1 445 € de pension nette en 2017), la hausse de 1,7 point de la CSG conduira à une baisse de la pension mensuelle nette de l'ordre de 27 € par mois, soit 324 € par an. Il convient cependant de prendre en compte l'effet de l'ensemble des mesures relatives aux prélèvements sociaux et fiscaux et notamment de l'évolution du montant de la taxe d'habitation des retraités dont le RFR est compris entre 14 500 € et 17 500 €. En effet la baisse de la TH pour ces retraités s'établit en moyenne à 445 €. Le gain mensuel attendu de la suppression de la taxe d'habitation s'élèverait à 12 € en 2018, à 25 € en 2019 et à 37 € en 2020. Finalement, ces personnes verront leurs ressources évoluer positivement sous l'effet des revalorisations des pensions, de la hausse de la CSG et de la suppression de la TH sur la période 2017-2020.

¹ Sur la base d'une hypothèse de revalorisation des seuils de 2017 selon l'inflation 2016 de 0,02% pour l'assujettissement des pensions dues au titre de 2018

Variation mensuelle du revenu disponible après TH induite par les différentes mesures

(montants cumulés par rapport au 1er janvier 2017)



Source : Direction de la sécurité sociale

- **Impact sur les bénéficiaires de revenus du capital**

La hausse du taux de la CSG applicable aux revenus du patrimoine et de placement s'accompagne d'une mesure d'allègement global de la charge fiscale pesant sur ce type de revenus, via l'instauration du prélèvement forfaitaire unique. Compte tenu de ce contexte général, l'augmentation du taux de la CSG n'engendrera pas de hausse des prélèvements obligatoires dus par les titulaires de ce type de revenus. En revanche, la mesure renforce la part que représentent les contributions finançant la protection sociale dans l'ensemble des prélèvements assis sur les revenus du capital.

b) impacts sociaux

Les mesures de suppression de la cotisation ou de contribution prévues n'auront aucun impact sur les droits sociaux des salariés et des non-salariés.

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

Sans objet.

- **Impact sur les jeunes**

Cette mesure sera favorable à tous les actifs, notamment ceux disposant de rémunération proche du SMIC : elle aura un effet bénéfique parmi les salariés les moins qualifiés ou en début de carrière, et sera donc favorable à l'activité des jeunes.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Il s'agit d'une mesure de réduction du poids des prélèvements sociaux pour les actifs, sans impact sur leurs droits associés. Aucune démarche nouvelle ne sera nécessaire : pour les salariés, la baisse sera visible dès le bulletin de paie au titre des salaires de janvier 2018 ; pour les indépendants, compte tenu des modalités de recouvrement actuelles les baisses entreront également en vigueur sans formalité supplémentaire.

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

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

L'ensemble des pertes de recettes occasionnées par la baisse des cotisations est compensé par la hausse de la CSG. L'ACOSS centralisera, dans le cadre de ses missions de recouvrement des recettes de la sphère sociale, le reversement de la compensation à chaque organisme. S'agissant de l'UNEDIC, il est prévu au titre de l'année 2018 une compensation à l'euro et complètement transparente pour l'assurance chômage : les URSSAF reverseront le montant exact des cotisations dues par les salariés – déduction faite des frais d'assiette et de recouvrement tenant compte également du risque de non-recouvrement – sans tenir compte de l'exonération, donc pour le montant dû par les salariés avant exonération. Cette prise en charge des cotisations salariales par l'ACOSS sera donc neutre sur le financement de la sécurité sociale compte tenu de la hausse de CSG. L'ensemble des opérations de réaffectations de recettes nécessaires à assurer le financement de l'assurance chômage est détaillé dans l'étude d'impact relative à l'article 18 (transferts).

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.

Plusieurs décrets devront être modifiés ou abrogés pour pleinement mettre en œuvre cette mesure.

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

La mesure sera mise en œuvre dès le 1er janvier 2018 par les URSSAF. À titre transitoire, l'exonération de la cotisation chômage s'effectuera en deux temps :

- 1,45 point de contribution salariale d'assurance chômage sera exonéré au 1er janvier 2018 ;
- Au 1er octobre 2018, 0,95 point supplémentaire de la contribution salariale d'assurance chômage (pour un total de 2,40 points) sera exonéré.

La suppression de cotisation salariale maladie (0,75 %) et la hausse de la CSG entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre se réalisera par la branche du recouvrement et dans le cadre de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 131-9	Article L. 131-9 modifié
<p>Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité.</p> <p>Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1. Ces taux particuliers sont également applicables aux personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées aux IV et V de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article.</p>	<p>Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité.</p> <p>Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1. Ces taux particuliers sont également applicables aux personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées aux IV et V de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article.</p>
Article L. 136-7-1	Article L. 136-7-1 modifié
<p>I. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages et les émissions. Cette fraction est égale à 25,5 % des sommes mises.</p> <p>Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).</p> <p>II (supprimé)</p> <p>III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos (1).</p> <p>Cette contribution est, d'une part, de 9,5 % sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 12 % prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.</p>	<p>I. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages et les émissions. Cette fraction est égale à 25,5 % des sommes mises.</p> <p>Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).</p> <p>II (supprimé)</p> <p>III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos (1).</p> <p>Cette contribution est, d'une part, de 9,5 % 11,2% sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 12 % 13,7 % prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.</p>

<p>Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).</p>	<p>Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).</p>
<p>Article L. 136-8</p>	<p>Article L. 136-8 modifié</p>
<p>I.-Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p> <p>2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p> <p>II.-Par dérogation au I :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p> <p>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 :</p> <p>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 € ;</p> <p>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 €.</p> <p>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.</p> <p>IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;</p> <p>2° Abrogé ;</p> <p>3° Abrogé ;</p>	<p>I.-Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>1° A 7,5 % 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p> <p>2° A 8,2 % 9,9 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>3° A 6,9 % 8,6 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.</p> <p>II.-Par dérogation au I :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.</p> <p>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 :</p> <p>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 € ;</p> <p>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 €.</p> <p>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.</p> <p>IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;</p> <p>2° Abrogé ;</p> <p>3° Abrogé ;</p>

<p>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 des travailleurs salariés 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 :</p> <p>a) De 6,05 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p> <p>b) De 5,75 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</p> <p>c) Abrogé ;</p> <p>d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p> <p>e) De 5,15 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p> <p>f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III.</p> <p>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 %.</p> <p>IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :</p> <p>1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;</p> <p>2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.</p> <p>V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;</p> <p>2° Abrogé ;</p> <p>3° Abrogé ;</p> <p>4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %.</p> <p>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.</p> <p>2. Il en est de même pour les produits recouverts 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.</p> <p>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.</p>	<p>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 des travailleurs salariés 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 :</p> <p>a) De 6,05 % 7,75 % pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p> <p>b) De 5,75 % 7,45 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;</p> <p>c) Abrogé ;</p> <p>d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p> <p>e) De 5,15 % 6,85 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p> <p>f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III.</p> <p>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 %.</p> <p>IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :</p> <p>1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 9,3 % ;</p> <p>2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.</p> <p>V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :</p> <p>1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;</p> <p>2° Abrogé ;</p> <p>3° Abrogé ;</p> <p>4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %.</p> <p>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.</p> <p>2. Il en est de même pour les produits recouverts 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.</p> <p>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.</p>
---	--

Article L. 162-14-1	Article L. 162-14-1 modifié
<p>I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;</p> <p>4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice</p>	<p>I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;</p> <p>4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 L. 613-1, L. 621-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa</p>

<p>; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;</p> <p>6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.</p> <p>II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.</p> <p>Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.</p> <p>Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.</p>	<p>modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;</p> <p>6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.</p> <p>II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.</p> <p>Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.</p> <p>Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.</p>
<p>Article L. 172-3</p>	<p>Article L. 172-3 modifié</p>
<p>Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les</p>	<p>Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les</p>

<p>conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses.</p> <p>Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.</p>	<p>conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1 perçus au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses.</p> <p>Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.</p>
Article L. 241-2	Article L. 241-2 modifié
<p>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.</p> <p>II. -Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.</p> <p>III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.</p> <p>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.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la</p>	<p>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.</p> <p>II. -Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :</p> <p>1° Par les salariés employeurs des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;</p> <p>2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;</p> <p>3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.</p> <p>III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.</p> <p>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.</p> <p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p> <p>1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la</p>

<p>valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;</p> <p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>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 ;</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ;</p> <p>9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.</p>	<p>valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;</p> <p>6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;</p> <p>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 ;</p> <p>8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ;</p> <p>9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.</p>
<p>Article L. 242-11</p>	<p>Article L. 242-11 abrogé</p>
<p>Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article L. 133-4-9 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.</p> <p>Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.</p>	<p>Abrogé</p>
<p>Article L. 313-1</p>	<p>Article L. 313-1 modifié</p>
<p>I.- Pour avoir droit :</p> <p>1° (abrogé) ;</p> <p>2° Aux prestations prévues à l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ;</p> <p>3° Aux prestations en espèces des assurances maternité et décès,</p> <p>l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.</p> <p>II.- Pour bénéficier :</p> <p>1° Des prestations prévues à l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2°</p>	<p>I.- Pour avoir droit :</p> <p>1° (abrogé) ;</p> <p>2° Aux prestations prévues à l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ;</p> <p>3° Aux prestations en espèces des assurances maternité et décès,</p> <p>l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal avoir perçu des rémunérations soumises à cotisations au sens de l'article L. 242-1 au moins égales à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.</p> <p>II.- Pour bénéficier :</p> <p>1° Des prestations prévues à l'article L. 321-1, sans</p>

du I ; 2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'affiliation	interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2° du I ; 2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'affiliation
Article L. 381-30-4	Article L. 381-30-4 nouveau
La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisation patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.	La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisation patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.
Article L. 382-22	Article L. 382-22 modifié
Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes : 1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 382-15 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ; 2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses ; 3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général. Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 382-25.	Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes : 1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 382-15 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ; 2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses ; 3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général. Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 382-25.
	Article L. 613-1 nouveau
	Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 5,25 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 131-6-4 et L. 621-3.
	Article L. 621-3 nouveau
	Le taux des cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2 dues par les travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 5 points, qui décroît à

	proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction 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. 131-6-4 et L. 613-1.
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 731-25	Article L. 731-25 modifié
<p>Les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 versent, au titre des prestations familiales, une cotisation pour elles-mêmes, à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle elles sont affiliées.</p> <p>Cette cotisation est assise sur les revenus professionnels ou sur l'assiette forfaitaire définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Son taux fait l'objet d'une réduction, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Les personnes mentionnées à l'article L. 722-4 versent, au titre des prestations familiales, une cotisation pour elles-mêmes, à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle elles sont affiliées.</p> <p>Cette cotisation est assise sur les revenus professionnels ou sur l'assiette forfaitaire définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Son taux fait l'objet d'une réduction, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 242-11 à l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale.</p>
Article L. 731-35	Article L. 731-35 modifié
<p>Les cotisations dues pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3 au titre des bénéficiaires définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-10 sont calculées en pourcentage des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Leurs taux sont fixés par décret.</p> <p>Pour la couverture des prestations d'invalidité du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5, prévues à l'article L. 732-8, une cotisation forfaitaire, dont les modalités sont fixées par décret, est due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p>	<p>Les cotisations dues pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3 au titre des bénéficiaires définis aux 1° et 5° de l'article L. 722-10 sont calculées en pourcentage des revenus professionnels du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de l'assiette forfaitaire, définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Leurs taux sont fixés par décret.</p> <p>Le taux de la cotisation due pour la couverture des risques mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 732-3 par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal fait l'objet d'une réduction dans les conditions prévues à l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Pour la couverture des prestations d'invalidité du collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 du présent code, prévues à l'article L. 732-8 du même code, une cotisation forfaitaire, dont les modalités sont fixées par décret, est due par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.</p>
Article L. 741-9	Article L. 741-9 modifié
<p>Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées :</p> <p>I.- Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des assurés ;</p> <p>b) Sur 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, à l'exclusion des bonifications ou majorations</p>	<p>Les ressources des assurances sociales des salariés agricoles sont constituées :</p> <p>I.- Pour l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des assurés ;</p> <p>b) Sur 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, à l'exclusion des bonifications ou majorations</p>

<p>pour enfants autres que les annuités supplémentaires, à la charge des titulaires ;</p> <p>c) Sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à la charge des titulaires ;</p> <p>2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés dans la limite du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, à la charge des employeurs et des assurés ;</p> <p>b) Sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des salariés ;</p> <p>2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>pour enfants autres que les annuités supplémentaires, à la charge des titulaires ;</p> <p>c) Sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à la charge des titulaires ;</p> <p>2° Par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II.-Pour l'assurance vieillesse et veuvage :</p> <p>1° Par une cotisation assise :</p> <p>a) Sur les rémunérations ou gains perçus par les assurés dans la limite du plafond défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, à la charge des employeurs et des assurés ;</p> <p>b) Sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les assurés, à la charge des employeurs et des salariés ;</p> <p>2° Par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.</p>
---	---

Article 8 – Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

I. Présentation de la mesure

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

Les dispositifs généraux de baisse du coût du travail représentent un effort décisif en faveur de l'activité économique, effort qui a été considérablement renforcé ces dernières années avec la mise en œuvre du Pacte de responsabilité et de solidarité, du crédit d'impôt pour la compétitivité et pour l'emploi (CICE) et, plus récemment, du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS).

Les allègements généraux, dégressifs jusqu'à 1,6 SMIC, ont permis d'obtenir pour les employeurs un dispositif dit « zéro cotisation URSSAF » au SMIC, tandis qu'une baisse de 1,8 point du taux des cotisations d'allocations familiales pour les rémunérations allant jusqu'à 3,5 SMIC a été instaurée en deux étapes successives. Le CICE, porté à 7 % en 2017, et qui sera ramené à 6 % en 2018, s'applique quant à lui sur les rémunérations allant jusqu'à 2,5 SMIC. Enfin, à ces dispositifs, s'ajoute, pour les structures non lucratives qui ne sont pas bénéficiaires du CICE, la création en 2017 d'un crédit d'impôt applicable sur la taxe sur les salaires et calculé sur une assiette similaire à celle du CICE.

Au total, ces trois dispositifs réduisent de 25 % le coût total du travail au niveau du SMIC et ont permis de diminuer le coût moyen du travail de 5 %. Toutefois, malgré ce renforcement, ces dispositifs restent encore mal articulés entre eux et n'ont pas permis d'atteindre pleinement leurs objectifs en termes d'emploi.

D'une part, il reste encore au niveau du SMIC un nombre important de cotisations et contributions sociales dont sont redevables les employeurs, ce qui pèse encore fondamentalement sur le coût du travail. En effet, les employeurs restent redevables de cotisations sociales patronales dues au titre du risque chômage et de la retraite complémentaire. De plus, suivant leur taille et leur localisation, les entreprises sont soumises à des prélèvements en dehors de la sphère de la sécurité sociale, mais pesant également sur leur masse salariale (versement transport, contribution à l'effort de construction, taxe d'apprentissage, etc.).

D'autre part, entré en vigueur en 2013, le CICE continue de soulever des questions quant à son efficacité. Le comité de suivi du CICE¹ estime ainsi que, si une partie importante du dispositif a permis de reconstituer les marges des entreprises, les effets sur les créations d'emplois sont en revanche faibles (de l'ordre de 50 000 à 100 000 emplois créés ou sauvegardés sur la période 2013-2014) et les effets sur les salaires limités. Par ailleurs, la complexité du dispositif a également été soulignée, avec un taux de non-sollicitation relativement élevé (10 %). La complexité réside essentiellement dans le mécanisme même d'imputation décalée du CICE sur l'impôt acquitté au cours de l'année suivant celle ayant donné lieu au versement des rémunérations.

a) Mesure proposée

En contrepartie de la transformation du CICE et, pour le secteur non lucratif, du CITS figurant dans le projet de loi de finances, la présente mesure vise à renforcer les baisses de cotisations au moyen de deux dispositifs :

- D'une part, cette transformation prendra la forme d'un allègement permanent de cotisations sociales de 6 points pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC. Ce dispositif permet d'accorder le bénéfice d'une exonération équivalente au CICE tout en permettant aux entreprises d'en bénéficier de manière immédiate, et non l'année suivante, simultanément au versement des rémunérations qui y ouvrent droit.
- D'autre part, le Gouvernement souhaite faciliter encore davantage l'embauche des salariés et rémunérés au SMIC en renforçant le dispositif des allègements généraux de 10 points environ. Ce renforcement ciblé sur les bas salaires repose sur une imputation supplémentaire aux cotisations patronales dues au titre du risque chômage (au taux de 4,05 %²) et de la retraite complémentaires (à savoir les taux de cotisation de retraite complémentaire au taux de 4,65 % et de la cotisation pour l'association pour la gestion du fonds de financement, AGFF, au taux de 1,20 %³). Seront désormais totalement exonérées au niveau du SMIC :
 - o les cotisations de sécurité sociale (maladie, vieillesse et la part mutualisée due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles) et d'allocations familiales,
 - o la contribution solidarité autonomie (CSA),
 - o la contribution au fonds national pour l'aide au logement (FNAL),
 - o les contributions d'assurance chômage,

¹ Rapport de 2016 du comité de suivi du CICE, France Stratégie.

² La contribution patronale chômage est portée à 4,05% (au lieu de 4,00%) au 1er octobre 2017.

³ Taux connus et en vigueur au 1er septembre 2017.

- les cotisations à l'AGIRC-ARRCO et l'AGFF.

Pour les entreprises de moins de 11 salariés, qui ne sont pas redevables du versement transport ni de la participation à l'effort de construction, seules seront alors dues la cotisation au régime de garantie des salaires (AGS) et la taxe d'apprentissage et la participation à la formation professionnelle (soit un taux global inférieur à 1,40 % en 2017).

Au total, par rapport à la situation actuelle, le renforcement des exonérations conduira à une réduction supplémentaire du coût du travail pour toutes les rémunérations inférieures à environ 1,4 SMIC.

L'ensemble de ces mesures prendra effet au titre des rémunérations dues pour les périodes d'activité à compter du 1er janvier 2019. Ainsi, au cours de l'année 2019, les entreprises bénéficieront de cette baisse pérenne des cotisations tout en continuant de percevoir le bénéfice du CICE au titre de l'année 2018.

Le bénéfice de l'exonération pour les employeurs sera lié, comme aujourd'hui, à l'obligation d'affiliation à l'assurance chômage de leurs salariés. Par conséquent, alors qu'elles ne sont pas bénéficiaires du CICE lorsqu'elles ne sont redevables ni de l'impôt sur le revenu ni de l'impôt sur les sociétés, les structures à but non lucratif, relevant notamment de l'économie sociale et solidaire, bénéficieront favorablement de ces mesures et notamment de l'allègement de 6 points qui succède au CICE. En effet, cette exonération représente un montant supérieur au crédit d'impôt de taxe sur les salaires de 4 points dont elles bénéficient actuellement, et qui sera également supprimé.

En outre, afin de ne pas accroître les distorsions déjà existantes entre les différents secteurs économiques en fonction des règles spécifiques qui leur sont applicables, le renforcement des baisses de cotisations au niveau du SMIC s'accompagnera d'une modification des conditions de cumul entre ce dispositif de baisse du coût du travail et la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels (DFS), dispositif initialement prévu pour prendre en compte le niveau particulier des frais professionnels dans certains secteurs, et dont la justification économique n'est aujourd'hui plus avérée au regard des modalités d'exercice de ces activités, mais dont continuent de bénéficier certaines professions pour lesquelles elles avaient été établies initialement ou qui y ont été rendues éligibles grâce à une conception extensive de son champ, et qui prend la forme d'un abattement d'assiette de cotisations patronales et salariales, dont le taux varie selon les professions concernées.

En effet, en l'absence de toute condition, en l'état actuel, le cumul de la DFS avec l'exonération générale sur les bas salaires permet en pratique d'appliquer aux rémunérations des salariés concernés, du fait de la dégressivité de la réduction générale, un niveau d'allègement plus important que celui qui aurait normalement été applicable au regard du niveau du salaire effectif. Ainsi, alors que le point de sortie au-delà duquel l'employeur ne bénéficie normalement pas de la réduction générale des cotisations sociales est fixé à 1,6 SMIC dans le droit commun, un salarié rémunéré à 1,8 SMIC travaillant dans un secteur bénéficiant d'une DFS à 30 % cotise en réalité sur une assiette équivalente à 1,26 SMIC. Par conséquent, non seulement les cotisations dues sont plus faibles, mais en outre l'exonération est applicable dans des conditions plus favorables que le droit commun.

Au global, l'abattement d'assiette des cotisations induite par l'application de la DFS conduit à un avantage social en faveur de ces populations et de leurs employeurs de l'ordre de 1,1 Md€, tandis que l'effet supplémentaire favorable sur les allègements de cotisations est estimé à lui seul à plus de 620 M€.

Avec le renforcement des allègements dégressifs, si aucune mesure de neutralisation n'était prise, ce dernier effet favorable serait encore accentué par l'augmentation d'un tiers du niveau maximal des cotisations exonérées au niveau du SMIC. En conséquence, et indépendamment d'autres évolutions qui pourraient être envisagées ultérieurement sur ce dispositif de déduction particulièrement dérogatoire, il est proposé qu'à l'avenir le coefficient des allègements généraux soit calculé sur une rémunération prenant en compte un taux d'abattement réduit d'un tiers environ par rapport au taux de DFS actuellement applicable, de sorte que cet avantage soit simplement maintenu constant et que le présent article n'accroisse pas encore davantage les disparités entre les professions.

Enfin, au-delà des dispositifs généraux, il existe encore plusieurs exonérations spécifiques applicables à un secteur ou une zone géographique, pour des effets souvent limités dans le temps, et dont l'efficacité a été fortement remise en cause par plusieurs rapports, en particulier par la mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF) sur la revue des dépenses sur les exonérations et exemptions sociales spécifiques de juin 2015. Le maintien de ces exonérations nuit aujourd'hui à la lisibilité générale des dispositifs applicables en faveur de la baisse du coût du travail, ce qui nuit au final aux employeurs eux-mêmes. Ces exonérations spécifiques, en outre, seront dorénavant moins avantageuses dans la plupart des cas, proche du SMIC, que les allègements généraux, ce qui justifie leur réexamen ou leur mise en extinction selon les cas. Une révision dans le cadre des lois financières pour 2019 sera menée, à l'issue d'une concertation approfondie avec les représentants des acteurs concernés. Il s'agit spécifiquement :

- Des trois exonérations sociales applicables dans certaines zones du territoire : zone de revitalisation rurale (ZRR), zone de restructuration de la défense (ZRD) et bassins d'emploi à redynamiser (BER) ;
- De l'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles ;
- Des exonérations applicables à deux structures d'insertion par l'activité économique (IAE) que sont les associations intermédiaires et les ateliers et chantiers d'insertion ;
- De l'exonération applicable aux contrats uniques d'insertion sous forme de contrats d'accompagnement dans l'emploi ;

- Des exonérations applicables en outre-mer (issues en dernier lieu de la loi dite LODEOM) ;

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle de la mesure, si celle-ci ne présente pas de difficultés techniques s'agissant de l'imputation des allègements de cotisations sur les contributions chômage, celles-ci étant recouvrées par les URSSAF, l'imputation des allègements sur ces cotisations a pour corollaire indissociable la mise en place d'une coordination renforcée entre les URSSAF et l'AGIRC-ARRCO. Des dispositions nouvelles seront donc prises afin d'assurer la bonne imputation des allègements sur les cotisations de retraite complémentaire, recouvrées séparément par les institutions de retraite complémentaire.

Ces dispositions permettront aux entreprises d'appliquer de manière optimale et sans démarche nouvelles l'ensemble des exonérations. Afin de garantir à l'employeur un retour uniforme des deux réseaux sur les erreurs détectées dans leurs déclarations sociales, il est ainsi prévu que les URSSAF déterminent pour l'ensemble des organismes recouvreurs les modalités de fiabilisation des données déclarées par les employeurs sur le champ des allègements généraux. En outre, il est précisé que, les circulaires, la doctrine applicable en matière d'allègements généraux, ainsi que les réponses apportées dans le cadre de la procédure de rescrit social portant sur ces sujets seront opposables y compris en matière de cotisations de retraite complémentaire. Une convention signée entre l'ACOSS et le GIE Agirc-Arrco prévoira, par ailleurs, les modalités de concertation entre les deux réseaux afin d'apporter aux entreprises des réponses coordonnées dans l'ensemble du parcours de recouvrement des cotisations (réclamations, questions juridiques par exemple). Pour plus de précisions, voir la partie V sur les modalités de mise en œuvre de la mesure.

Par ailleurs, il est opportun dans le cadre de cette même mesure de chercher à améliorer la qualité des services offerts aux entreprises par les organismes de recouvrement. Indépendamment de la mise en œuvre de la mesure, les entreprises ont en effet actuellement deux interlocuteurs auprès desquels elles versent les cotisations et contributions sociales, ce qui peut être source de complexité pour l'ensemble des démarches qu'elles effectuent dans la totalité du parcours de recouvrement (sollicitations, réclamations, rescrits, résolutions de difficultés, contrôle). Il est donc proposé de renforcer la coordination entre le réseau des URSSAF et celui des institutions de retraite complémentaire afin de garantir aux employeurs, autant que possible, une unicité d'interlocution à certaines étapes clé du recouvrement. Par ailleurs, afin de simplifier certaines démarches, qui doivent être réalisées deux fois par l'entreprise pour deux interlocuteurs distincts, notamment lorsqu'elle connaît des difficultés financières, il est prévu qu'un échéancier de paiement accordé par l'URSSAF, lorsqu'il concerne des montants faibles, emporte le droit à un étalement des cotisations dues aux institutions de retraite complémentaire. L'entreprise n'aura donc plus à dupliquer auprès des celles-ci une demande de délais de paiement adressée à l'Urssaf. Par ailleurs, lorsque la situation d'une entreprise de taille importante sera examinée par la commission des chefs des services financiers, l'URSSAF représentera les institutions de retraite complémentaire et aura mandat pour statuer sur les créances qui les concernent dans le cadre d'octroi de plans d'apurement ou de remises, par exemple.

b) Autres options possibles

Une option alternative aurait consisté à mettre en place un dispositif unique d'exonération dégressive, et non la création d'une exonération semblable au CICE. Dans ce schéma, le dispositif d'allègement aurait été identique au niveau du SMIC mais la dégressivité aurait entraîné une hausse du coût du travail pour les rémunérations comprises entre 2,1 et 2,5 SMIC. La neutralisation de cet effet aurait nécessité de décaler davantage le point de sortie, au-delà de 2,5 SMIC, avec des conséquences budgétaires insoutenables.

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

La création d'une réduction sur les cotisations d'assurance maladie 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.

L'impact de la mesure dans son ensemble, y compris s'agissant des exonérations de cotisations d'assurance complémentaire obligatoire et d'assurance chômage, sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale est avéré dans la mesure où, l'ACOSS sera chargée, dans le cadre du dispositif proposé comme modalité possible de compensation dans l'article,, de prendre en charge les pertes de recettes pour les organismes concernés, en contrepartie d'une affectation de recettes correspondante en loi de finances, et équilibrée financièrement au titre de cette mission par les branches de la sécurité sociale. Il découle de l'écart inévitable entre la recette affectée, établie de manière définitive sur une base prévisionnelle et le coût effectif de la prise en charge constaté ex post un impact financier pour les branches du régime général.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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

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

a) Possibilité de codification

Sont modifiés les articles L.133-5-4, L. 241-13, L.243-6-1, L.243-6-2, L.243-6-3 et L.243-7 du code de la sécurité sociale.

Trois nouveaux articles sont créés dans le code de la sécurité sociale : L. 241-2-1, L. 243-6-5-1 et L. 243-6-5-2.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Plusieurs articles sont abrogés : les articles L. 131-4-2, L. 131-4-3 et L. 241-11 du code de la sécurité sociale, les articles L. 741-5, L. 741-16 et L. 741-16-1 du code rural et de la pêche maritime, l'article L. 5134-31 du code du travail, les VII et VIII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ; le VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 et le IV de l'article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, 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'application d'une réduction de 6 point de la cotisation patronale maladie est évalué à près de 21,6 Md€ à compter de 2019, tandis que le renforcement du coefficient des allègements dégressives par l'imputation supplémentaire sur les cotisations chômage et retraite complémentaire est évaluée à près de 3,3Md€ supplémentaire.

En parallèle, le projet de loi de finances pour 2018 prévoit l'abaissement d'1 point puis la suppression du CICE, dont le coût est actuel est de 23,3 Md€, tandis que le CITS sera également supprimé (0,6Md€).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
			- 24,8 Md€	- 25,6 Md€	- 26,4 Md€

NB : ces impacts feront l'objet d'une neutralisation dans le cadre des transferts entre branches de sécurité sociale et donneront lieu à une compensation des pertes de recettes pour la sécurité sociale, dont les modalités seront précisées dans les textes financiers afférents à l'année 2019.

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

a) impacts économiques

La mesure permet de supprimer au niveau du SMIC toutes les charges d'ordre général prélevées sur les rémunérations versées. Elle est donc favorable à l'embauche des salariés, dans la mesure où c'est à ce niveau de rémunération que l'élasticité de l'embauche au coût du travail est la plus importante. Ces mesures représenteront à horizon 2019 une baisse de cotisations et contributions sociales supplémentaires de près 1 800 euros par an et par salarié, lorsque celui-ci est payé au SMIC (hors suppression du CICE).

Par exemple, pour une entreprise dont l'effectif comporte 22 salariés (15 salariés rémunérés au SMIC, 5 dont la rémunération est égale à 1,3 SMIC et 2 dont la rémunération est égale à 2 SMIC), le gain, après suppression du CICE, sera de près de 7 600 € en 2019.

Pour une entreprise de 9 salariés (6 rémunérés au SMIC, 2 dont la rémunération est égale à 1,3 SMIC et 1 dont la rémunération est égale à 2 SMIC) le gain, après suppression du CICE, sera de près de 3 000 €.

Dans le secteur de l'économie sociale et solidaire qui ne bénéficiait pas du CICE mais du CITS dont le niveau est plus faible, le bénéfice des baisses de cotisations venant en compensation sera d'autant plus favorable.

b) impacts sociaux

Les droits sociaux ne sont pas modifiés par cette réforme portant exclusivement sur des cotisations et contributions à la charge des employeurs.

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

Sans objet.

- **Impact sur les jeunes**

La mesure, en facilitant l'embauche des salariés les moins qualifiés et rémunérés au SMIC, aura indirectement une incidence sur l'emploi des jeunes, très concernés par le chômage et dont les rémunérations sont plus faibles.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Il s'agit d'une mesure de réduction du poids des prélèvements sociaux pour les employeurs, qui n'auront pas de formalités spécifiques à prévoir pour en bénéficier. Des dispositions spécifiques sont prévues pour permettre de sécuriser le calcul des baisses de cotisations sociales en faisant appel à plusieurs organismes de recouvrement. Enfin, il

s'agit d'une mesure de lisibilité puisqu'elle harmonise la législation applicable en mettant fin à la plupart des exonérations spécifiques, devenues moins favorables que le cas général.

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

Pour la partie de la réduction générale et de l'exonération de cotisations d'assurance maladie imputée sur les cotisations et contributions qu'elle recouvre, cette mesure sera gérée par la branche du recouvrement du régime général, sans coût supplémentaire, dans le cadre de gestion des modifications des paramètres en matière de cotisations et contributions sociales. Cette mesure aura des impacts importants sur les organismes chargés du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire obligatoire.

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.

Plusieurs décrets devront être modifiés ou abrogé pour pleinement mettre en œuvre cette mesure.

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

La mesure sera mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2019.

Afin de garantir une simplicité de mise en œuvre du dispositif, le dispositif législatif prévoit un ensemble de mesures propres à assurer pour les employeurs la simplicité et la sécurité maximales dans la mise en œuvre de ces exonérations face aux deux réseaux chargés du recouvrement des cotisations sociales concernées à savoir les URSSAF d'une part et les organismes gestionnaires de la retraite complémentaire d'autre part.

Il est en effet primordial de prévenir d'éventuelles divergences de positions entre les deux réseaux sur un même point de droit, ce qui pourrait être source d'insécurité juridique pour les cotisants. C'est pourquoi la loi prévoit un ensemble complet de dispositions de nature à écarter totalement ce risque. L'application univoque de la réglementation relative aux allègements et aux exonérations de cotisations et de contributions sociales, ainsi que de la doctrine qui en découle et plus généralement sur tout point de droit pouvant avoir une incidence sur les exonérations applicables sera assurée :

- En prévoyant de rendre explicitement opposables aux institutions de prévoyance les circulaires ministérielles en tant qu'elles portent sur ce champ. Cette doctrine sera par ailleurs accessible sur un site internet unique ;
- En offrant la possibilité aux entreprises qui seraient néanmoins confrontée à des positions discordantes des deux réseaux de recouvrement sur ce champ de la réglementation pourra solliciter une position univoque auprès de l'ACOSS, qui s'imposera aux deux organismes ;
- En garantissant aux cotisants que les réponses qu'ils obtiennent à leurs demandes de rescrits sont, sur ces points de droit, également opposables aux organismes de retraite ;
- En obligeant les organismes à assurer aux entreprises une information unique lorsqu'ils détectent des anomalies dans les déclarations qu'ils reçoivent ;
- En garantissant, pour la réalisation des contrôles que les URSSAF sont habilitées à réaliser pour le compte des institutions de retraite complémentaires, une unicité de procédures pour les entreprises, quand bien même le contrôle aboutirait à détecter des anomalies relevant à la fois des cotisations recouvrées par les URSSAF et de celles relevant de la compétence de l'AGIRC-ARRCO.

Enfin, le délai d'un an d'ici la date d'entrée en vigueur de la mesure sera mis à profit afin de garantir, au moyen de tests auprès des entreprises, que le dispositif prévu satisfait les attentes des entreprises au point de vue de la simplicité de mise en œuvre et des garanties de sécurité juridique attendues.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

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 (COSAPEE).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Article L. 241-2-1 (nouveau)
	Le taux des cotisations mentionnées au 1° 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 rémunérations ou gains n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.
Article L. 241-13	Article L. 241-13 modifié
<p>I.- Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans les conditions mentionnées au VIII du présent article, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.</p> <p>II.- Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs.</p> <p>Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.</p>	<p>I.- Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans les conditions mentionnées au VIII du présent article, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive. I. – Les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contributions mentionnée à l'article L. 834-1, les cotisations à la charge de l'employeur au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4, les contributions mentionnées au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.</p> <p>II.- Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs.</p> <p>Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.</p>

III.- Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit de la rémunération annuelle définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié définie au même article L. 242-1 et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et de la contribution mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

IV.-Le rapport ou le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est corrigé, dans des conditions fixées par décret, d'un facteur déterminé en fonction des stipulations légales ou conventionnelles applicables :

1° Aux salariés soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010 ;

2° Aux salariés auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail ;

3° Aux salariés des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du même code. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues par ces caisses au titre de ces indemnités.

V.-Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont

III.- Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit de la rémunération annuelle définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié ~~définie au même article L. 242-1~~ **définie au sixième alinéa du présent article** et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et de la contribution mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté ministériel.

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

IV.- Le rapport ou le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est corrigé, dans des conditions fixées par décret, d'un facteur déterminé en fonction des stipulations légales ou conventionnelles applicables :

1° Aux salariés soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010 ;

2° Aux salariés auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail ;

3° Aux salariés des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du même code. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues par ces caisses au titre de ces indemnités.

V.- Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont

<p>précisées par décret.</p> <p>VI.-Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.</p> <p>Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, 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.</p> <p>VII.-(Abrogé).</p> <p>VIII.-Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, sur la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et sur la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsque le montant de la réduction est supérieur au montant des cotisations et de la contribution mentionnées au premier alinéa du présent VIII, la réduction est également imputée sur les 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 troisième alinéa de l'article L. 241-5.</p>	<p>précisées par décret.</p> <p>VI.- Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.</p> <p>Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, 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.</p> <p>VII.- Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa du I respectivement déclarées d'une part aux organismes de recouvrement mentionnées au 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 son établissement, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III.</p> <p>VIII.-Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, sur la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et sur la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsque le montant de la réduction est supérieur au montant des cotisations et de la contribution mentionnées au premier alinéa du présent VIII, la réduction est également imputée sur les 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 troisième alinéa de l'article L. 241-5.</p>
<p>Article L. 243-6-1</p>	<p>Article L. 243-6-1 modifié</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>II.- Les dispositions prévues au I sont également applicables lorsque le cotisant est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou</p>

	<p>plusieurs des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou 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.</p>
<p>Article L. 243-6-2</p>	<p>Article L. 243-6-2 modifié</p>
<p>Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.</p>	<p>I. - Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent demandeur à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.</p> <p>II.- Les dispositions du présent article s'appliquent aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur 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.</p> <p>III. - A compter du 1^{er} janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants.</p>
<p>Article L. 243-6-3</p>	<p>Article L. 243-6-3 modifié</p>
<p>I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des</p>	<p>I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des</p>

<p>cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.</p> <p>Cette demande peut être formulée par un cotisant ou un futur cotisant.</p> <p>La demande du cotisant ne peut être formulée par les personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.</p> <p>Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou une organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande.</p> <p>II. - Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Un décret en Conseil d'Etat précise le contenu et les modalités de dépôt de cette demande. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles les organismes peuvent se saisir de demandes incomplètes et leur faire bénéficier des mêmes garanties.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat peut prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.</p> <p>Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du I, lorsque l'organisme de recouvrement n'a pas notifié sa décision au demandeur au terme d'un délai fixé par un décret en Conseil d'Etat, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.</p> <p>Dans le cas où la demande est formulée par le cotisant ou son représentant, la décision lui est applicable. Si le cotisant appartient à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, et que la demande comporte expressément cette précision, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe dès lors que la situation dans laquelle se situe cette dernière est identique à celle sur le fondement duquel la demande a été formulée. Lorsque la demande est formulée en application du quatrième alinéa du I, la décision est applicable à toute entreprise de la branche souhaitant s'en prévaloir.</p> <p>III. - La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.</p>	<p>cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.</p> <p>Cette demande peut être formulée par un cotisant ou un futur cotisant.</p> <p>La demande du cotisant ne peut être formulée par les personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.</p> <p>Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou une organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande.</p> <p>II. - Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Un décret en Conseil d'Etat précise le contenu et les modalités de dépôt de cette demande. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles les organismes peuvent se saisir de demandes incomplètes et leur faire bénéficier des mêmes garanties.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat peut prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.</p> <p>Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du I, lorsque l'organisme de recouvrement n'a pas notifié sa décision au demandeur au terme d'un délai fixé par un décret en Conseil d'Etat, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.</p> <p>Dans le cas où la demande est formulée par le cotisant ou son représentant, la décision lui est applicable. Si le cotisant appartient à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, et que la demande comporte expressément cette précision, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe dès lors que la situation dans laquelle se situe cette dernière est identique à celle sur le fondement duquel la demande a été formulée. Lorsque la demande est formulée en application du quatrième alinéa du I, la décision est applicable à toute entreprise de la branche souhaitant s'en prévaloir.</p> <p>III. - La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées. Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 lorsqu'elle porte sur la législation relative à la réduction</p>
--	---

<p>Lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir sa décision, il en informe le demandeur. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci transmet à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité.</p> <p>IV. - Un rapport est réalisé chaque année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur les principales questions posées et les réponses apportées. Il est transmis au ministre en charge de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivante.</p>	<p>dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L.241-13 ou sur tout point de droit 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.</p> <p>Lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir sa décision, il en informe le demandeur. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci transmet à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité.</p> <p>IV. - Un rapport est réalisé chaque année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur les principales questions posées et les réponses apportées. Il est transmis au ministre en charge de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivante.</p>
	<p>Article L. 243-6-6 (nouveau)</p>
	<p>Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, à l'institution ou aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.</p> <p>Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou à l'article L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.</p> <p>Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat de la ou des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui la ou qui les concernent, le cas échéant.</p>
	<p>Article L. 243-6-7 (nouveau)</p>
	<p>Une convention, approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est conclue entre un représentant des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Elle précise les modalités selon lesquelles les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 mettent à disposition des employeurs ou leur délivrent des informations de manière coordonnée, notamment, le cas échéant, les constats d'anomalies et les demandes de rectifications qu'ils adressent à la</p>

	<p>réception et à l'issue de l'exploitation des données de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 et portant sur l'application de la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur 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.</p> <p>Elle précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application des dispositions de l'alinéa précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 s'agissant des points mentionnés à cet alinéa.</p> <p>Elle détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 permettant un traitement coordonné des demandes et réclamations des cotisants ainsi que la formulation de réponses coordonnées, lorsque ces sollicitations portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13 ou sur tout point de droit 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.</p> <p>Les organismes et institutions mentionnés à l'alinéa précédent utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent article.</p>
Article L. 243-6-6	Article L. 243-6-8 (renuméroté)
Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant.	Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant.
Article L.243-7	Article L.243-7 modifié
Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-1-3, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur	Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-1-3, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur

lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par

lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées en application du présent article.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.

l'organisme de recouvrement dont elle relève.	
Code rural et de la pêche maritime	
Article L. 741-1	Article L. 741-1 modifié
<p>Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-6 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale ainsi que, sauf dérogations prévues par décret, aux articles L. 241-2 et L. 241-3 du même code.</p>	<p>Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-6 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale ainsi que, sauf dérogations prévues par décret, aux articles L. 241-2, L. 241-2-1 et L. 241-3 du même code.</p>

Article 9 - Création d'un dispositif d'exonération généralisé de début d'activité pour les créateurs d'entreprises

I. Présentation de la mesure

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

Conformément aux engagements du programme présidentiel, le Gouvernement souhaite mettre en place des mesures fortes en faveur du développement et de l'accompagnement de la création d'activité.

Avec la mise en place du dispositif de l'auto-entrepreneur en 2007 et le développement de l'économie collaborative lié à l'essor des plateformes numériques, les schémas traditionnels du travail se sont transformés, conduisant à une atomisation de l'activité économique.

La création entrepreneuriale est aujourd'hui un des enjeux majeurs du développement de l'innovation et de l'activité économique, notamment dans le cadre de l'économie numérique sous la forme de réalisation d'activité de complément faisant intervenir des relations de pair à pair.

Ainsi, en 2016, dans l'ensemble des secteurs marchands, 554 000 entreprises ont été créées, soit 29 000 de plus qu'en 2015. Le nombre de créations d'entreprises augmente ainsi de 6 % par rapport à l'année précédente, ce qui représente la plus forte hausse depuis six ans.

Pour faciliter la création d'entreprise, au-delà des barrières que constituent les démarches administratives, il est fondamental d'agir au cœur de la viabilité financière des activités qui se créent en agissant directement sur le poids des charges sociales et fiscales. Or le système de prélèvements obligatoires ne favorise que trop insuffisamment les premières années d'activité d'une entreprise, là où pourtant les besoins de trésorerie des créateurs et repreneurs d'activité se font le plus sentir.

Certains outils sont aujourd'hui mis en place afin d'accompagner cette création, qu'il s'agisse de dispositifs d'exonération comme ceux destinés aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises (ACCRE) ou bien d'aides directes et ciblées comme le nouvel accompagnement des créateurs et repreneurs d'entreprise (NACRE). Si ces dispositifs ont été initialement conçus pour les demandeurs d'emploi indemnisés, ils ont été progressivement étendus à d'autres catégories de créateurs d'activité pour répondre aux besoins de constitution d'une trésorerie et d'un capital en début d'activité pour les créateurs considérés comme économiquement fragiles tels les bénéficiaires du revenu de solidarité active et les jeunes de moins de 25 ans. Toutefois, le rapport de la Cour des comptes de décembre 2012 et le rapport d'information déposé à l'Assemblée nationale en février 2013 soulignent certaines limites globales du dispositif, à savoir une perte de cohérence par rapport à l'objectif initial et un manque apparent d'efficience.

Aujourd'hui, la création d'activité reste toujours vue comme une contrainte, parce que le bénéfice de l'ACCRE reste conditionné à des critères d'éligibilité très strictement définis et peu lisibles pour les intéressés. En raison de la méconnaissance de dispositifs ciblés à certaines catégories de personnes et du fait que ces aides doivent faire l'objet d'une demande à l'initiative de l'entrepreneur, la situation actuelle conduit donc à exiger de la part des créateurs d'entreprises des démarches lourdes pour en bénéficier.

Ce constat freine le développement de la création d'entreprise ou bien conduit certains entrepreneurs réalisant de petites activités à rester dans l'économie informelle, avec des conséquences qui leur sont préjudiciables en termes de protection sociale.

Afin de promouvoir l'entrepreneuriat et de favoriser la déclaration d'activité, et en lien avec les engagements pris par le Président de la République, il est proposé un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les créateurs et repreneurs d'entreprise au titre de leur début d'activité.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à mettre en place à compter du 1^{er} janvier 2019 un dispositif généralisé d'exonération de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dont sont redevables les créateurs et repreneurs d'entreprise au titre de leur début d'activité.

Cette exonération prend la forme d'un élargissement des conditions d'éligibilité à l'exonération actuellement accordée aux seuls chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE). Tous les travailleurs indépendants qui créent ou reprennent une activité pourront bénéficier d'une exonération de début d'activité selon les modalités actuelles de l'ACCRE.

Ce dispositif bénéficiera à tous les travailleurs indépendants déclarant leur revenus au réel ayant un revenu annuel net inférieur à 40 000 euros au titre de la première année d'activité.

Pour les micro-entrepreneurs, l'exonération permettra un accompagnement dégressif sur trois ans du développement de leur activité.

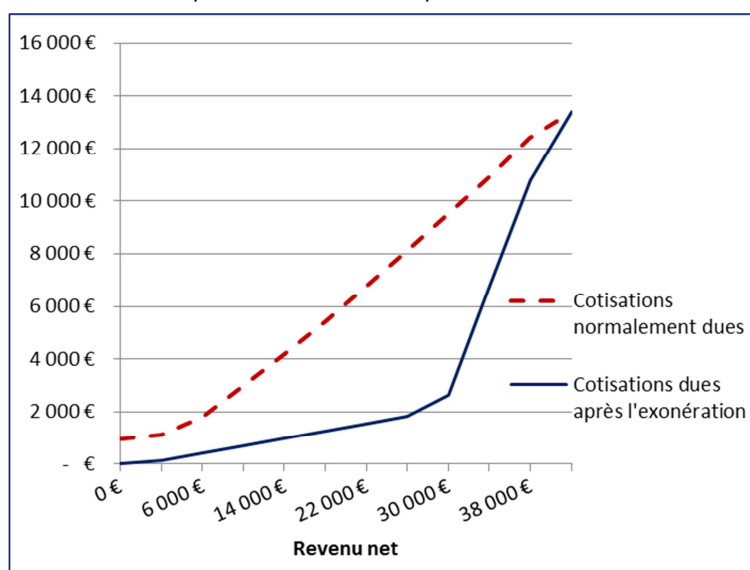
En conséquence, ce sont plus de 350 000 créateurs d'entreprises qui seront à terme nouvellement bénéficiaires de cette exonération, en plus des 250 000 bénéficiaires actuels de l'ACCRE.

Il s'agit ainsi d'accorder une « année blanche » pour 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.

Cette exonération sera par ailleurs cumulable avec les allègements pérennes de cotisations sociales qui seront également accordés aux travailleurs indépendants et qui permettront non seulement de compenser le surcoût de la hausse de CSG mais également d'accorder du pouvoir d'achat net pour les trois quarts des indépendants.

Le soutien financier sera donc massif puisqu'il peut atteindre, par exemple, pour un travailleur indépendant ayant un revenu net de 29 000 € au titre de sa première année d'activité, une exonération de l'ensemble de ses cotisations sociales, soit un gain net de plus de 9 000 euros.

Cotisations dues par un travailleur indépendant bénéficiant de l'ACCRE



Compte tenu de sa généralisation, le bénéfice de cette exonération ne nécessiterait plus de démarches complexes à réaliser à l'initiative de l'assuré. Ainsi, la première année d'activité serait consacrée aux démarches d'affiliation avec la garantie de ne pas acquitter de cotisations, tout en profitant d'une protection sociale de droit commun.

Un ensemble de mesures de simplification sera également octroyé dans le cadre de la transformation du RSI. Enfin, pour les micro-entrepreneurs, le doublement des plafonds de chiffres d'affaires pour bénéficier du régime micro-fiscal, prévu dans le cadre du projet de loi de finances pour 2018, s'appliquera également au régime micro-social, permettant un accès facilité à ce statut.

En effet, le projet de loi de finances pour 2018 prévoit d'ouvrir le régime micro-fiscal aux entreprises dont le niveau de chiffre d'affaires est deux fois plus élevé qu'aujourd'hui (soit 66 200 euros au lieu de 33 100 euros pour les activités de services et 165 800 euros au lieu de 82 900 euros pour les activités de vente). Ce doublement vise à rendre le régime des micro-entreprises accessible au plus grand nombre des entrepreneurs individuels, notamment dans les activités de services. Le relèvement vise à donner un signal favorable pour bénéficier d'un régime simplifié et éviter les effets de seuils.

b) Autres options possibles

La mesure proposée constitue un dispositif cohérent avec les schémas actuels et permet de mettre en œuvre les engagements du programme présidentiel. Elle s'accompagne d'autres mesures de simplification prévues dans le cadre de la suppression du RSI pour faciliter les démarches des travailleurs indépendants. Elle constitue une étape supplémentaire par rapport aux dispositifs actuellement en vigueur relatifs à la trésorerie accordés notamment au titre de la première année d'activité. En touchant directement le bénéfice des travailleurs indépendants, elle apparaît ainsi plus efficace que la mise en œuvre de mesures fiscales.

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 des régimes concernés, 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 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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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) ?

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

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

a) Possibilité de codification

les articles L.161-1-1 du code de la sécurité sociale et l'article L.5141-1 du code du travail sont modifiés

b) Abrogation de dispositions obsolètes

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, 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

Sur la base des données sur les cotisants de 2016, la création de ce dispositif d'exonération généralisé de début d'activité pour les créateurs et repreneurs d'entreprises est estimé à terme à 320 M€ et bénéficiera à 280 000 nouveaux micro-entrepreneurs et à 70 000 nouveaux travailleurs indépendants de droit commun, en plus des 250 000 entrepreneurs actuellement bénéficiaire de l'ACCRE. Le coût de la mesure pour les travailleurs indépendants de droit

commun est de 70 M€. S'agissant des micro-entrepreneurs, le coût de la réforme est estimé à 220 M€, avec une montée en charge progressive compte tenu de l'entrée progressive des nouveaux micro-entrepreneurs dans le dispositif triennal (soit une atteinte du rythme de croisière après 2020). Cette mesure est compensée par le budget de l'Etat et aura donc un impact neutre sur les finances sociales.

Parallèlement, le doublement des seuils de la micro-entreprise a un impact de l'ordre de 25M€ (dont 20 M€ sur la partie sécurité sociale et 5 M€ du côté fiscal).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		0	- 200	- 270	-310

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

a) impacts économiques

Ces mesures ont vocation à favoriser la création et la reprise d'une activité par les entrepreneurs ainsi que la déclaration d'activité, permettant en conséquence de stimuler l'initiative économique. Elle permet par ailleurs d'offrir un soutien financier massif sans obérer la protection sociale des personnes voulant se lancer dans la création d'activité et l'innovation.

b) impacts sociaux

Cette mesure garantit contre les effets d'éviction de l'assiette sociale qui est la base de la constitution des droits des assurés. Les dispositifs d'exonération ne conduisent en outre pas à obérer les droits sociaux des individus bénéficiaires.

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

Sans objet

- **Impact sur les jeunes**

La mesure devrait accompagner la création d'activité économique parmi les personnes pour lesquelles les aides octroyées sont nécessaires à la viabilité financière de leur entreprise, et notamment les jeunes qui ne disposent souvent pas du capital suffisant pour lancer leur activité.

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

La création d'un dispositif d'exonération généralisé de début d'activité pour les créateurs d'entreprises réduira considérablement les démarches permettant de bénéficier d'un soutien financier. Le doublement des seuils d'éligibilité à la micro-entreprise permettra aussi de faciliter l'accès à un statut simplifié. Ces mesures assouplissent significativement les démarches administratives des intéressés.

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

Les caisses de sécurité sociale, et en priorité l'ACOSS, seront les principaux artisans de la mise en œuvre de la mesure, qui n'implique pas de changement majeur dans la gestion des dispositifs.

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

La mesure permettra probablement une réduction de la durée d'instruction des dossiers pour le bénéficiaires d'un soutien financier à la création d'entreprises.

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 doit fixer les paramètres pour le bénéfice et le calcul de l'exonération (seuil et dégressivité).

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 branche du recouvrement devra modifier de façon paramétrique ses systèmes d'information afin d'intégrer ces nouveaux dispositifs.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par les régimes concernés, notamment sur le site des URSSAF ainsi que sur le portail de l'autoentrepreneur.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi du coût de la mesure sera réalisé par les organismes sociaux, tandis que les administrations chargées des études statistiques pourront en évaluer l'impact sur la création d'activité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Section VI : Exonération de début d'activité
Article L. 161-1-1 actuel	Création de l'article L. 131-6-4
<p>Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L5141-1 et L5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période fixée par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquelles elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. Lorsque le revenu ou la rémunération est inférieur ou égal aux trois quarts du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, ces cotisations ne sont pas dues. 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 premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.</p> <p>L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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°.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L5141-1 et L5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période fixée par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquelles elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes.</p> <p>I. - Bénéficiaire des exonérations 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.</p> <p>II. – L'exonération mentionnée au I est accordée pour une période de douze mois, pour une fraction et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées par décret.</p> <p>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, ces cotisations ne sont pas dues. 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 premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.</p> <p>L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :</p> <p>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 ;</p> <p>2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au</p>

	<p>cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.</p> <p>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°.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.</p> <p>III. - Le bénéfice de cette exonération ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de ceux prévus aux articles L. 613-1 et 621-3.</p> <p>IV. - Une personne ne peut bénéficier de cette exonération pendant une période de trois années à compter de la date à laquelle elle a cessé d'en bénéficier au titre d'une activité antérieure.</p>
Code du travail	
Intitulé de la section 1 chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la cinquième partie	Intitulé modifié de la section 1 chapitre Ier du titre IV du livre Ier de la cinquième partie
Exonération de cotisations de sécurité sociale	Bénéficiaires
Article L. 5141-1 actuel	Article L. 5141-1 modifié
<p>Peuvent bénéficier des exonérations de cotisations de sécurité sociale prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique, industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée :</p> <p>1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;</p> <p>2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 six mois au cours des dix-huit derniers mois ;</p> <p>3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ;</p> <p>4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;</p> <p>5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir</p>	<p>Peuvent bénéficier d'aides à la création ou la reprise d'entreprise, dans les conditions prévues au présent chapitre,Peuvent bénéficier des exonérations de cotisations de sécurité sociale prévues à l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles créent ou reprennent une activité économique, industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale, soit à titre individuel, soit sous la forme d'une société, à condition d'en exercer effectivement le contrôle, ou entreprennent l'exercice d'une autre profession non salariée :</p> <p>1° Les demandeurs d'emploi indemnisés ;</p> <p>2° Les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 six mois au cours des dix-huit derniers mois ;</p> <p>3° Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ou du revenu de solidarité active ;</p> <p>4° Les personnes âgées de 18 ans à moins de 26 ans ;</p> <p>5° Les personnes de moins de 30 ans handicapées mentionnées à l'article L. 5212-13 ou qui ne remplissent pas la condition de durée d'activité antérieure pour ouvrir</p>

<p>des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ;</p> <p>6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie d'une entreprise ;</p> <p>7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ;</p> <p>8° Les personnes physiques créant ou reprenant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ;</p> <p>9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>des droits à l'allocation d'assurance mentionnée à l'article L. 5422-1 ;</p> <p>6° Les personnes salariées ou les personnes licenciées d'une entreprise soumise à l'une des procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires prévues aux titres II, III et IV du livre VI du code de commerce qui reprennent tout ou partie d'une entreprise ;</p> <p>7° Les personnes ayant conclu un contrat d'appui au projet d'entreprise mentionné à l'article L. 127-1 du code de commerce, sous réserve qu'elles remplissent l'une des conditions prévues aux 1° à 6° à la date de conclusion de ce contrat ;</p> <p>8° Les personnes physiques créant ou reprenant une entreprise implantée au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville ;</p> <p>9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.</p>
--	--

Article 10 – Alléger les démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés

I. Présentation de la mesure

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

Les années récentes ont été marquées par le développement des relations économiques entre particuliers, que ces derniers soient employeurs de salariés à domicile ou qu'ils aient recours à des prestations de services auprès de professionnels ou de particuliers, que l'émergence récente des plateformes collaboratives a pu encourager.

1) Le secteur des services à la personne représente près de 2,8 millions d'employeurs au quatrième trimestre 2016¹, 915 000 salariés de particuliers employeurs et 415 000 salariés des organismes prestataires au 2^e trimestre 2015². Les prestations de service fournies se caractérisent par une grande diversité (garde d'enfants à domicile, emploi d'assistante maternelle agréée, emplois familiaux de type ménage, garde d'un malade, soutien scolaire, gardiennage, accueil familial, prestations occasionnelles). Les salariés travaillant au domicile des particuliers employeurs représentent 5% de l'emploi salarié.

2) Le développement de l'économie numérique fait émerger de nombreuses plateformes communément qualifiées de « collaboratives » dont la caractéristique est de proposer des biens, des services et des contenus aux consommateurs qui sont produits, mis à disposition ou vendus par des contributeurs selon une relation de pair à pair, ces personnes pouvant être des professionnels ou de simples particuliers. Ces dispositifs d'intermédiation peuvent également prendre la forme d'une association ou d'une entreprise mandataire.

Le chiffre d'affaires de ces plateformes atteignait 7 Md€ en 2015, et, selon une enquête PIPAME, 9 français sur 10 ont eu au moins une fois une pratique collaborative, notamment dans le cadre des services à la personne comme la garde d'enfants ou le ménage (plateformes dites de *jobbing*).

Aujourd'hui, au total, environ 200 000 personnes proposent leurs services sur les plateformes, ce qui représenterait 0,7% de la population active. Les statuts de ces travailleurs sont divers (salariés, auto-entrepreneurs ou travailleurs indépendants classiques...). Ces plateformes donnent également la possibilité à un nombre de plus en plus important de particuliers d'exercer une activité en complément de leur activité principale. Toutefois, selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur « Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale » de mai 2016, 40% des recettes réalisées par le biais des plateformes de freelances et de *jobbing* ne seraient pas déclarés.

S'agissant particulièrement des plateformes qui proposent de rapprocher des particuliers employeurs et des salariés, les dispositions actuelles ne leur offrent pas la possibilité d'effectuer au nom et pour le compte de l'employeur les déclarations sociales. Elles ont simplement la faculté de les rediriger vers le site déclaratif du chèque emploi service universel (CESU), ce qui contribue à complexifier les procédures pour les particuliers employeurs.

Les offres de service à destination de ces cotisants, allégeant les formalités de ces « petits déclarants » et favorisant ainsi le dynamisme de ces secteurs tout en réduisant le risque de sous déclaration, existent depuis quelques années. Cependant elles demeurent incomplètes au regard de la nouveauté et de la diversité des relations économiques en jeu (salariat, recours à un professionnel indépendant, activité économique non déclarée).

1) Le développement d'offres de services (CESU, PAJEMPLOI) a eu pour effet de régulariser un certain nombre de situations et constitue un puissant levier de structuration et d'incitation à la sortie de l'économie informelle, couplé avec les exonérations et avantages fiscaux attachés à la déclaration des personnels employés, et de prise en compte des droits sociaux des salariés concernés. Ces dispositifs, notamment le CESU qui dénombre plus d'1,3 million d'utilisateurs, ont constitué un des éléments de développement du secteur des services à la personne ; le CESU simplifie non seulement les démarches classiques de calcul et d'acquittement des cotisations sociales auxquelles doivent se conformer les particuliers employeurs, mais offre également des services aux particuliers employeurs, comme la prise en charge des formalités liées à la déclaration des droits des salariés et celles relatives au droit du travail. L'offre CESU a été étendue récemment avec l'ordonnance du 18 juin 2015 et la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 afin de faire bénéficier de sa simplicité déclarative aux particuliers ayant recours à des stagiaires aides familiaux au pair ou accueillis par des accueillants familiaux.

¹ Acoess Stat, Avril 2017, 2 778 000 employeurs.

² DARES Résultats, février 2017.

Tableau : évolution du dispositif CESU

Nombre d'employeurs			Nombre de salariés			Cotisations recouvrées en Md€		Taux de dématérialisation des déclarations	
T1 2015	T1 2016	T1 2017	T1 2015	T1 2016	T1 2017	2015	2016	T1 2016	T1 2017
1 531 929	1 344 800	1 328 048	653 100	613 500	597 130	2,2	2,1	62,80%	69%

Source : ACOSS

Toutefois ces offres sont actuellement limitées aux particuliers employant un salarié. S'agissant particulièrement du CESU, ce dispositif est ouvert à la déclaration des salariés relevant du champ des services à la personne définis à l'article L. 7231-1 du code du travail, soit : la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile, et les services à domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

Même si elles sont minoritaires, d'autres activités, hors du champ des services à la personnes (guide occasionnel dans un château privé, « hommes toutes mains », cours de tennis, ...) doivent faire aujourd'hui l'objet d'une déclaration spécifique dite « DNS » auprès des URSSAF et ne peuvent bénéficier de l'offre CESU au même titre que des activités similaires. Trimestrielle et uniquement sous format papier, cette formalité implique une gestion lourde pour l'employeur et n'incite pas à la déclaration¹. Elle est également lourde en gestion pour les organismes qui sont par ailleurs obligés de maintenir, même s'il son usage est en régression, un dispositif totalement obsolète dans son fonctionnement.

Parallèlement, près de 370 000 particuliers² utilisent les services d'associations ou d'entreprises mandataires, qui interviennent dans des domaines aussi divers que les cours à domicile ou l'assistance et l'aide aux personnes âgées dépendantes et effectuent les déclarations auprès des Urssaf pour le compte de ces employeurs par le biais de « DNS » papier ou par le biais de flux *ad hoc* (dispositif ASAP). Comme la DNS, ce dernier mode déclaratif, en partie manuel, se révèle également aujourd'hui inadapté.

2) Concernant les particuliers qui peuvent être considérés comme travailleurs indépendants (puisqu'ils exercent une activité professionnelle au sens de la jurisprudence³ mais pas dans le cadre d'une relation salariée au sens du code du travail), le statut de la micro entreprise, caractérisé notamment par ses modalités simplifiées de réalisation des démarches de création préalable de l'activité, de calcul, de déclaration et de recouvrement des cotisations sociales, a constitué une première étape de simplification pour ces petits cotisants. Elle a été récemment complétée, notamment pour les personnes exerçant une activité de location (de biens ou de logements) par l'article 18 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2017 permettant *via* un service dédié de s'acquitter de leurs cotisations auprès des URSSAF dès lors qu'ils optaient pour une affiliation au régime général⁴.

3) Il n'est pas toujours simple pour le particulier qui recourt ponctuellement à un autre particulier de déterminer s'il doit s'agir d'une relation salariée ou d'une prestation de service indépendante. Une même activité, comme par exemple, les cours à domicile, peut être à la fois exercée dans les deux cadres, et ce de manière identique. Par ailleurs, la tendance largement engagée d'un alignement des cotisations et des droits entre le régime général et le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs indépendants efface progressivement dans le domaine de la sécurité sociale la frontière entre les deux statuts, ainsi que les droits dont les assurés bénéficient.

Outre cette complexité et le rapprochement de plus en plus marqué entre les situations, le développement des services à la demande a pu permettre à certaines personnes de réaliser des activités rémunérées sans respecter les obligations sociales et fiscales. Ce non-respect, s'il peut résulter d'une volonté de frauder, est aussi, et le plus souvent, le résultat d'une méconnaissance des obligations existantes, ou de la mauvaise compréhension face à la complexité des règles sociales et fiscales.

Les modes déclaratifs traditionnels peuvent ainsi paraître incomplets face à ces nouvelles formes d'activités ponctuelles à la frontière du salariat et de l'activité indépendante. Il apparaît donc nécessaire de les faire évoluer pour répondre à minima au besoin clairement identifié d'offrir un dispositif simple de déclaration des cotisations sociales au titre de ces activités.

¹ En 2016, un peu plus de 60 000 particuliers employeurs déclaraient via ce dispositif papier (parfois pour des salariés qui seraient éligibles au CESU).

² Données AcoSS 2015

³ Qui se base sur l'habitude de faire des actes de commerce, le caractère répété des activités, la participation personnelle, directe et continue à celles-ci, l'usage d'un outillage à caractère professionnel

⁴ Cette possibilité est ouverte aux professionnels louant des appartement meublés pour des courtes durées à des personnes de passage et ou des biens lorsque les revenus de ces activités dépassent 23 000 € pour les appartements meublés et 20% du PASS pour les biens meublés.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de poursuivre la modernisation déjà engagée des offres de service à disposition des petits déclarants. L'objectif de la mesure est double. Il s'agit, d'une part, d'ouvrir l'offre de service du CESU à l'ensemble des particuliers ayant recours à un salarié. D'autre part, il s'agit de permettre aux particuliers qui font ponctuellement appel à d'autres particuliers de simplifier leurs démarches sociales et de faciliter la déclaration des sommes versées et des cotisations dues par un dispositif simple d'utilisation développé sur le modèle de celui créé pour les particuliers employeurs.

1) Ouvrir le CESU à l'ensemble des particuliers employeurs

Il est dans un premier temps proposé d'ouvrir le champ du CESU à l'ensemble des particuliers ayant recours à des salariés, qu'ils les emploient directement ou par le biais d'une association mandataire ou d'une plateforme internet. Cette extension constituera une étape supplémentaire de simplification pour ces particuliers, qui, par le biais d'un guichet unique, pourront gérer l'intégralité de leurs relations avec leurs salariés.

Toute activité exercée par un salarié d'un particulier employeur pourra désormais être déclarée par le biais du CESU. Il s'agit de ne plus limiter l'offre de service au seul champ des activités de services à la personne prévu par le code du travail (article L. 7231-1).

L'exception de la gestion des employeurs de gardes d'enfants par Pajemploi sera toutefois conservée afin de préserver le système d'interconnexion mis en place avec les CAF et les MSA et assurant un versement simple et rapide du complément mode de garde aux parents suite à la déclaration de leur assistante maternelle ou garde d'enfants à domicile.

Il est en outre proposé d'ouvrir la possibilité aux plateformes de mise en relation (plateforme de « *jobbing* ») ou aux associations et entreprises mandataires qui rapprochent les particuliers employeurs et leurs salariés de déclarer pour le compte de ces employeurs par voie dématérialisée au CESU. Cette mesure, qui reprend une préconisation du rapport de l'IGAS sur « Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale »¹, simplifie l'application de la réglementation sociale par les utilisateurs de plateformes numériques ou d'associations mettant en relation des particuliers employeurs avec leurs salariés et donnent à ces derniers l'assurance d'avoir été déclarés par l'intermédiaire de la plateforme, de l'association ou de l'entreprise mandataire et de bénéficier des droits associés. Le CESU sera ainsi également ouvert aux associations et aux entreprises mandataires avec une offre de service adaptée et dédiée.

Cette ouverture du CESU fera de ce dispositif l'offre de référence (et la seule ouverte, à l'exception de Pajemploi pour la garde d'enfant) pour les particuliers employeurs, en emploi direct, ou par l'intermédiaire d'une association ou d'une entreprise mandataire.

2) Ouvrir un dispositif simplifié similaire au CESU pour les particuliers effectuant une prestation ponctuelle

Dans un second temps, il est proposé d'ouvrir un dispositif similaire au CESU aux particuliers qui font appel à d'autres particuliers pour effectuer, à leur domicile, une prestation ponctuelle et de courte durée de conseil ou de formation qui ne remplit pas les conditions d'une activité salariée au regard du droit du travail et auxquelles les parties ne souhaitent pas donner artificiellement une telle forme. Cette activité, par son caractère ponctuel et accessoire pour ces particuliers, qui peuvent avoir une activité principale salariée ou indépendante par ailleurs, ne justifie pas, alors qu'ils adhèrent déjà à l'idée d'acquiescer des cotisations – ce qui paraît fondamental mais que le système ne favorise pas actuellement pour être objectif – de leur imposer en plus la réalisation de formalités administratives préalables liées à la création d'une entreprise indépendante uniquement destinée à leur permettre d'exercer ces activités qui ne s'inscrivent pas forcément dans le cadre d'un projet prévu à l'avance.

Ce schéma s'inscrit dans le cadre des solutions envisagées par le rapport précité de l'IGAS mais sur un périmètre circonscrit ici. Seules pourront utiliser ce nouveau dispositif les personnes qui auront recours à des particuliers de manière ponctuelle. Un décret viendra en préciser le champ en termes de type d'activités et de durée (celle-ci pourrait être de l'ordre de 8 heures par mois).

Les personnes qui utiliseront ce nouveau dispositif déclareront le montant net versé au particulier pour sa prestation et paieront des cotisations et des contributions de sécurité sociale similaires à celles dues par les employeurs et les salariés relevant du régime général. Toutefois, n'étant pas dans une relation salariée, le bénéfice de la déduction forfaitaire de 2 € actuellement possible pour les particuliers employeurs utilisant le CESU ainsi que le crédit d'impôt, ne leur seront, à droit constant, pas ouverts.

Ce nouveau dispositif permet d'améliorer les droits sociaux des personnes qui réalisent ces prestations, en leur permettant d'acquiescer ou de compléter les droits maladie et retraite du régime général. Le dispositif simplifié se chargera de la transmission des informations nécessaires à l'ouverture des droits auprès des caisses prestataires compétentes. Il transmettra également les éléments nécessaires à l'administration fiscale.

Les organismes de sécurité sociale devront vérifier, sur la base des différentes déclarations qui leur seront communiquées pour une même personne, qu'il ne s'agit pas en réalité d'activités qui par leur caractéristiques,

¹ Rapport établi par Nicolas Amar et Louis-Charles Viosat, Mai 2016.

notamment leur répétition, relèvent d'activités professionnelles. Dans ce cas, ces organismes solliciteront les personnes concernées en vue de la création d'une entreprise.

b) Autres options possibles

Mesure relative aux particuliers employeurs n'entrant pas aujourd'hui dans le champ d'application du CESU et aux employeurs déclarant par l'intermédiaire d'une plateforme de paiement ou d'une association mandataire

Concernant les particuliers employeurs qui emploient des salariés n'entrant pas aujourd'hui dans le champ d'application du CESU, une option possible sans élargir le champ du CESU aurait consisté à prévoir une nouvelle offre simplifiée.

Cette solution amènerait alors à une complexification pour les particuliers employeurs qui rencontreraient certainement des difficultés pour identifier le dispositif qu'ils doivent utiliser. Elle impliquerait, de plus, d'importantes évolutions informatiques pour mettre en place un dispositif qui ne concernerait certainement qu'une minorité de personnes par rapport au dispositif du CESU existant. Enfin, l'enjeu actuel étant la rationalisation des offres de services, il est pertinent de recentrer les déclarations des particuliers employeurs dans un dispositif connu, utilisé et qui a fait ses preuves.

Il pourrait également être envisagé d'améliorer le dispositif existant de la DNS en le dématérialisant et en l'automatisant.

Cette option, si elle paraît simple, amènerait toutefois à d'importants développements informatiques en particulier pour prévoir les fonctionnalités relatives à la mise en place du prélèvement à la source, fonctionnalités prévues pour le CESU mais non pour ce dispositif ancien, encore géré manuellement dans les Urssaf. Un tel investissement apparaît alors disproportionné par rapport au nombre de déclarants (environ 60 000 actuellement) et au montant de cotisations recouvrés pour cette population particulière. De plus, le dispositif du CESU, plébiscité et simple d'utilisation, apparaît aujourd'hui comme la solution déclarative la plus adaptée et simplifiée pour les particuliers.

Concernant l'ouverture du CESU aux plateformes de paiement et aux associations mandataires, une option possible pourrait être d'obliger les plateformes à prévoir un simple renvoi vers le site internet du CESU afin que le déclarant, après renvoi sur ce dernier site, y effectue ses déclarations.

Cette solution, simple à mettre en œuvre, existe en réalité déjà aujourd'hui sur un certain nombre de sites de jobbing. Si elle incite les employeurs à effectuer leur déclaration, elle ne les dispense pas d'effectuer la formalité et ne constitue donc pas une simplification pour ces derniers.

Mesure relative à la déclaration de prestations ponctuelles

La première solution alternative aurait été de ne pas modifier le droit et de mettre en place des actions de communication afin d'inciter les personnes concernées à se ranger dans les options aujourd'hui ouvertes : considérer qu'il s'agit d'une activité salariée d'une part, créer une entreprise d'autre part. Une telle solution aurait comme inconvénient d'obliger à recourir à des schémas qui ne correspondent pas à la nature de ces activités, aussi bien en droit que d'un point de vue culturel. De ce fait, alors que ceci s'accompagnerait par ailleurs d'une charge financière significative en lien avec le paiement de cotisations qui aujourd'hui le sont très rarement en pratique, et, au moins dans un des deux cas (celui passant par la création d'une entreprise), de formalités significatives, l'aboutissement d'une telle démarche est voué à être très partiel et celle-ci ne réglerait pas le problème posé.

La deuxième solution serait de qualifier par détermination de la loi ces activités comme salariées au sens du droit du travail, ce qui emporterait subséquemment des effets pratiques similaires à la proposition présentée ici (possibilité de recourir au CESU, couverture en matière de sécurité sociale). Néanmoins une telle assimilation, utilisée pour ces seuls effets, qui seraient les principaux vu le périmètre visé, serait artificielle puisque les activités ponctuelles en question peuvent très difficilement être considérées comme remplissant les critères traditionnels du salariat. Elle aurait donc l'inconvénient de venir affecter fortement, et sans doute inutilement, le droit du travail tout en présentant par ailleurs les mêmes inconvénients que ceux cités ci-dessus puisque les intéressés conserveront toujours des freins culturels à une telle assimilation et risquent de ne pas y adhérer en pratique.

S'agissant de sa mise en œuvre technique, une autre option possible pourrait être l'ouverture d'un dispositif déclaratif dédié aux particuliers ayant recours aux services de particuliers prestataires. Cette solution impliquerait des développements informatiques notables pour la création d'un nouveau site internet et d'un nouvel outil de calcul des cotisations. Afin d'éviter ces développements informatiques, l'intégration d'un site existant, qui fonctionne et est reconnu, comme le CESU, est alors à privilégier. Les particuliers pourront ainsi utiliser un seul et unique site quelque soit la nature de la relation (salariée ou non) avec la personne à laquelle ils recourent.

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

La mesure modifie les modalités de recouvrement des cotisations pour les particuliers employeurs et les particuliers ayant effectué une prestation. Elle trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

Les articles L. 133-5-6 à L. 133-5-10 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale sont modifiés

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Article L. 1271-2 du code du travail

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicables
Mayotte	Mesure non applicable
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

1/ L'impact principal du premier volet du dispositif est de transférer le recouvrement des cotisations sociales déjà acquittées en principe entre différents circuits : la population concernée représente 60 000 employeurs qui emploient directement leur salarié et les déclarent actuellement en DNS et potentiellement 370 000 personnes qui ont recours à des associations mandataires.

2/ Pour les particuliers non salariés, si leur volume est aujourd'hui difficilement évaluable, il est possible de fournir les éléments de repère suivants :

Sur les volumes d'affaires effectuées par les plateformes de paiement qui pourraient être susceptibles d'utiliser le nouveau CESU :

Estimation de volumes d'affaires

Volumes d'affaires – Hypothèse haute (en M€)				
Type de plateforme	2012	2013	2014	2015
Plateformes de partage et de services organisés	285	1 098	1 080	1 391
Plateformes de freelances, de jobbing et coopératives électroniques	53	56	95	199
Volumes d'affaires – hypothèse basse (en M€)				
Type de plateforme	2012	2013	2014	2015
Plateforme de partage et de services organisés	190	732	720	927
Plateformes de freelances, de jobbing et coopératives électroniques	23	31	53	80

Source : retraitement par l'IGAS sur la base des données collectées et de calculs réalisées par l'INSEE, rapport de l'IGAS précité.

Selon le rapport de l'IGAS sur les plateformes collaboratives, les plateformes de *freelances* et de *jobbing* réaliseraient un chiffre d'affaires annuel moyen de 140 M€ (milieu de la fourchette haute et basse pour 2015), pour un taux de non déclaration moyen de 40% (soit 56 millions non déclarés). En retenant l'hypothèse que 15% des personnes ne déclarant pas aujourd'hui leurs activités utiliseront la nouvelle offre de service pour le faire, cette mesure pourrait constituer un gain de 4 M€/an.

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

a) impacts économiques

La mise en place d'une nouvelle fonctionnalité de déclaration simple des particuliers prestataires contribuera au développement de l'économie de prestations directes entre particuliers.

b) impacts sociaux

La mise en place d'une nouvelle fonctionnalité de déclaration simple des particuliers prestataires assurera la déclaration de ces particuliers ainsi que leurs droits sociaux.

D'une manière générale, l'emploi à domicile est susceptible d'apporter des solutions à destination des personnes en situation de handicap, des familles avec enfants de tous âges. Il est ainsi favorable à l'égalité entre hommes et femmes. C'est par ailleurs le plus souvent un modèle économe en termes d'impact environnemental.

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

Voir ci-dessus.

- **impact sur les jeunes**

Voir ci-dessus. En outre, le nouveau dispositif de déclaration des particuliers prestataires pourra permettre à des jeunes, en cours d'études, d'effectuer des prestations ponctuelles, parallèles à leurs études et pour lesquelles ils obtiendront des droits sociaux.

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

Voir ci-dessus.

c) impacts sur l'environnement

Voir ci-dessus.

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 particuliers employeurs déclarants actuellement avec une DNS en Urssaf pourront déclarer avec la nouvelle mesure au CESU et une campagne d'information devra les en informer. Ces employeurs gagneront alors du temps en pouvant effectuer leurs formalités par voie dématérialisée et plus simplement qu'avec une DSN.

Les utilisateurs du CESU ainsi que les particuliers non utilisateurs pourront bénéficier des nouvelles fonctionnalités déclaratives, simples et rapides, pour les prestations entre particuliers.

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

Les évolutions concerneront essentiellement le système d'informations du CESU afin de le faire évoluer pour intégrer de nouvelles possibilités déclaratives pour les particuliers prestataires. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une modernisation, engagée, des outils du CESU qui doivent lui permettre de se transformer en l'ouvrant, sans remise en cause du modèle qui a fait son succès, à des nouveaux services.

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

La mesure permettra, en supprimant des dispositifs coûteux à gérer, des gains d'efficacité des organismes. D'une manière générale cette mesure s'inscrit dans les évolutions visant à moderniser les relations entre usagers et administrations sociales qui sont au cœur de la stratégie permettant de réduire dans ce secteur les dépenses et les effectifs tout en améliorant le service rendu.

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.
- Des conventionnements pourront être prévus entre ces plateformes et le CESU afin que les plateformes, associations et entreprises mandataires puissent transmettre directement les éléments déclaratifs relatifs aux particuliers à leur salariés.

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

L'extension du CESU à tous les particuliers employeurs, ainsi que l'ouverture aux particuliers recourant aux services d'un autre particulier pour une activité ponctuelle, pourrait être mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2019

S'agissant de la possibilité de déclarer des activités ponctuelles entre particuliers il est proposé d'adopter une approche progressive en retenant dans un premier temps un périmètre d'activités restreint. Ce périmètre sera fixé par décret à l'issue de concertations menées avec les représentants des différentes professions pouvant être concernées. L'extension du dispositif sera examinée au regard des premiers résultats observés sur ce champ.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des plans de communication et d'accompagnement devront être prévus.

d) Suivi de la mise en œuvre

La montée en charge fera l'objet d'un suivi régulier, et en particulier quantitatif, des déclarations effectuées et du type d'activités déclarées.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-5-6 actuel	Article L. 133-5-6 modifié
<p>Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Les particuliers qui emploient des salariés relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;</p> <p>4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ;</p> <p>5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (1) ;</p> <p>7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsqu'un employeur adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.</p>	<p>Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Les particuliers mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail qui emploient des salariés relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail à l'exception de ceux mentionnés au 4° ;</p> <p>4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ;</p> <p>5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (1) ;</p> <p>7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles- ;</p> <p>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. Un décret précise la durée et les activités entrant dans le champ d'application du présent alinéa ;</p> <p>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 mentionnée 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.</p> <p>Lorsqu'un employeur mentionné au 1°, 2° ou 5° adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.</p>
Article L. 133-5-7	Article L. 133-5-7 modifié

<p>Dans le respect des dispositions propres à chaque dispositif, les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 permettent aux employeurs de :</p> <p>1° Déclarer et payer les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi, ainsi que, le cas échéant et dans des conditions fixées par convention, d'autres cotisations et contributions sociales ;</p> <p>2° Satisfaire aux formalités obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi de leurs salariés.</p>	<p>Dans le respect des dispositions propres à chaque dispositif, les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 permettent aux employeurs personnes les utilisant de :</p> <p>1° Déclarer et payer les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi, ainsi que, le cas échéant et dans des conditions fixées par convention, d'autres cotisations et contributions sociales ;</p> <p>2° Satisfaire, le cas échéant, aux formalités obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi de leurs salariés.</p>
<p>Article L. 133-5-8</p>	<p>Article L. 133-5-8 modifié</p>
<p>Tout employeur utilisant les dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenu de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du ou des salariés, à la déclaration des rémunérations dues ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi du salarié.</p> <p>L'employeur est tenu 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 le salarié a effectué une activité pour son compte.</p> <p>L'employeur ayant recours à ces dispositifs et son salarié reçoivent, chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article <u>L. 3243-2</u> du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article <u>L. 442-1</u> 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.</p> <p>Par dérogation aux deux précédents alinéas, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent alinéa sur papier également.</p>	<p>Toute personne employeur utilisant les 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 ou des salariés, du stagiaire aide familial placé au pair, de l'accueillant familial ou du particulier mentionné au 8° de l'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 au titre de l'emploi du salarié.</p> <p>L'employeur 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 le salarié a effectué une activité pour son compte une activité a été effectuée par une des personnes visées à l'alinéa précédent.</p> <p>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 contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret.</p> <p>Par dérogation aux deux précédents alinéas au présent article, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs personnes mentionnées aux 3°, 5°, et 6° et 7° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur après demande formulée auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent troisième alinéa sur papier également.</p>
<p>L. 133-5-10</p>	<p>L. 133-5-10</p>
<p>Les cotisations et contributions dues par les employeurs 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</p>	<p>Les cotisations et contributions dues par les employeurs ou 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</p>

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p>
Article L. 311-3	Article L. 311-3
<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>[...]</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>[...]</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme-;</p> <p>36° 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, pour des activités dont la durée et la nature sont définies au décret mentionné au 8° de l'article L.133-5-6.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
Code du travail	
Article L. 1271-2	Article L. 1271-2
<p>Lorsqu'il est utilisé en vue de déclarer un salarié, le chèque emploi-service universel ne peut être utilisé qu'avec l'accord de ce dernier, après l'avoir informé sur le fonctionnement de ce dispositif.</p>	Abrogé

Article 11 – suppression du RSI et intégration de certaines professions de la CNAVPL au régime général

I. Présentation de la mesure

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

Le Régime Social des Indépendants est le deuxième régime de protection sociale en France. Il assure la couverture du risque maladie et maternité de l'ensemble des travailleurs indépendants ainsi que le versement de la retraite de base de ces assurés, à l'exception des professions libérales. Il couvre 4,6 millions de bénéficiaires en maladie pour 8,6 milliards d'euros de prestations versées, 2 millions de retraités pour 9,2 milliards de pensions versées (dont 7,4 au titre de la retraite de base et 1,8 au titre de la retraite complémentaire) et compte 2,8 millions de cotisants dont 40% sont micro-entrepreneurs.

La création du RSI a été marquée, à compter de la mise en place de l'interlocuteur social unique en 2008 et pendant plusieurs années, par de graves dysfonctionnements, notamment dans la conception des évolutions informatiques qu'elle supportait.

En dépit des améliorations de gestion réalisées par la suite, notamment grâce à l'engagement des équipes du RSI, ce dernier reste fragilisé dans sa relation avec ses assurés et dans sa gestion. De plus, les évolutions marquées que connaît la population que gère le RSI remettent en question les modèles économiques conventionnels et les philosophies d'affiliation aux assurances sociales sous-jacentes. La poly-activité et l'activité accessoire se développent de manière sensible. Ainsi les travailleurs indépendants ont un revenu moyen de 30 000 euros et 80% des artisans et commerçants, ainsi que la moitié des professions libérales, ont un revenu inférieur à 40 000 euros. Les micro-entrepreneurs (plus d'un million de cotisants) sont rattachés pour un tiers d'entre eux à un autre régime au titre d'une activité principale. Ils ont des faibles revenus (5 000 euros) et une durée d'affiliation plus restreinte (3 ans pour les micro-entrepreneurs contre 9 pour la population générale des indépendants). Les indépendants recourent de plus en plus fréquemment à des formes sociétales comme la société par actions simplifiée (SAS), plus souples dans les possibilités qu'elles offrent et conduisant d'ores et déjà à une affiliation au régime général. Ainsi 56% des sociétés créées en 2016 ont été des SAS, même si, compte tenu de l'existant, 70% des sociétés sont encore des SARL. 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. Ainsi, 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. Ces mutations au sein de la sécurité sociale se justifient de moins en moins compte tenu du fait que les prestations auxquelles ont droit les travailleurs indépendants se sont rapprochées de celles des salariés au fil du temps. Ainsi les remboursements des frais de santé sont identiques. Les règles en matière d'indemnités journalières sont en train de converger. De même, les retraites de base sont calculées sur les mêmes principes (durée de cotisation, âge de départ, règles de calcul).

L'adossment du RSI au régime général emporte également de régler la situation de certaines professions de service qui avaient fait l'objet d'une mesure de la précédente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), applicable au 1er janvier 2019. L'article 50 de la LFSS pour 2016 a en effet prévu d'unifier la protection sociale de l'ensemble des entrepreneurs ne relevant pas des professions libérales historiquement constituées autour des métiers de la santé, de l'expertise technique, du droit et du « chiffre ». Cette mesure, adoptée de manière quasi unanime par le Parlement, a fait l'objet d'une censure partielle par le Conseil constitutionnel pour des motifs de partage entre le champ de la loi et du règlement. Cette censure partielle rend inapplicable le dispositif en vigueur (de manière différée comme indiqué) et cette situation doit être corrigée cette année. Or les principes mêmes de la réforme du RSI rejoignent, en les élargissant dans un cadre plus large, ceux de la mesure adoptée par l'article 50 de la LFSS pour 2017 et confortent encore son acuité : le caractère transversal du régime général tel qu'il naîtra de la mesure proposée a pleinement vocation à s'appliquer à l'ensemble des travailleurs salariés et indépendants ; s'il est pleinement légitime que pour des raisons historiques et des raisons inhérentes à leur spécificités les professions libérales conservent pour leur retraite un régime particulier construit autour de sections professionnelles disposant d'une forte identité, cette construction doit se limiter aux professions citées plus haut qui ont, notamment, en commun d'être structurées autour d'ordres professionnels forts et d'être réglementées.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de supprimer juridiquement le Régime Social des Indépendants et d'adosser la protection sociale des indépendants au régime général

Cette réforme allie des mesures modifiant l'architecture juridique des régimes de sécurité sociale pour supprimer juridiquement le Régime Social des Indépendants et transférer ses missions aux différentes branches du régime général,

tout en organisation une gouvernance renouvelée pour assurer une représentation des travailleurs indépendants afin qu'ils participent à l'évolution de leur protection sociale.

Elle prend en compte une harmonisation des droits entre travailleurs salariés et non-salariés, déjà engagée dans le cadre des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, tout en préservant les spécificités inhérentes à l'activité indépendante, et notamment une action sociale dédiée, des régimes de retraite complémentaire et d'invalidité - décès particuliers, des règles de cotisations tenant compte de la situation économique des intéressés.

• **Principes généraux de la réforme**

L'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale est modifié afin de préciser qu'outre la couverture des travailleurs salariés pour les assurances sociales telles que définies à l'article L. 311-1, le régime général de sécurité sociale couvre désormais aussi les personnes non salariées visées à l'article L. 611-1 pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse mais aussi au titre de la protection universelle maladie. La « CNAMTS » et la « CNAVTS » deviendront la « CNAM » et la « CNAV » (la référence aux travailleurs salariés étant supprimée).

Le livre VI est refondu afin de supprimer la notion de Régime des travailleurs non-salariés dans l'architecture juridique du code de la sécurité sociale et précise désormais les dispositions spécifiques encadrant l'organisation de la gouvernance des travailleurs indépendants ainsi que leurs droits spécifiques.

Des dispositions d'entrée en vigueur et des dispositions transitoires précisent les changements intervenant dès le 1^{er} janvier 2018 et les dispositifs de transition qui perdureront jusque fin 2019, échéance à laquelle la nouvelle organisation devra être effective.

• **Création d'un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants**

Si une grande partie des missions liées au service des prestations de sécurité de base et au recouvrement des cotisations, qui représentent la quasi-totalité des effectifs des caisses du RSI seront transférés au régime général, une partie de l'organisation actuelle de ce régime ne le sera pas et devra porter les missions propres au régime complémentaire d'assurance vieillesse et d'invalidité décès. Cette gestion spécifique concernera également des missions relatives à l'accompagnement des travailleurs indépendants, notamment ceux qui éprouvent des difficultés à acquitter leurs cotisations, ainsi que la surveillance générale de la mise œuvre de la protection sociale des indépendants par les différents organismes.

Le II de l'article procède ainsi au réaménagement des dispositions indispensables pour assurer le fonctionnement de la structure héritière, sur son nouveau périmètre. Cette structure sera le « Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ». Ce conseil disposera d'instances régionales (au niveau des nouvelles régions administratives sauf, pour des raisons de continuité avec ce qui prévaut aujourd'hui, dans les collectivités d'outre-mer des Antilles et de Guyane) et aura pour rôle de veiller à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles relatives à leur protection sociale, à la détermination des orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale et du risque invalidité - décès, dont la mise en œuvre relève ensuite des organismes du régime général, de piloter les régimes complémentaires vieillesse obligatoires des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine afférent, d'animer, coordonner et contrôler l'action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants. Les caisses nationales du régime général rendront compte auprès de ce conseil du service rendu aux travailleurs indépendants afin que ce dernier formule, le cas échéant, des recommandations d'évolution ou d'amélioration. Le conseil et ses instances régionales désigneront certains de leurs membres pour siéger au sein des conseils ou conseils d'administration des organismes du régime général.

Au niveau national, le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants sera doté d'une assemblée générale comprenant des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives et de personnes qualifiées. Pour déterminer quelles organisations représentatives peuvent participer au processus de désignation, une enquête de représentativité, ouverte à toutes les organisations, sera mise en œuvre en 2018 dans des conditions similaires à celles qui ont été retenues pour la représentativité des organisations employeurs ou celles applicables pour les organisations représentatives des professionnels de santé participant aux négociations conventionnelles avec l'assurance maladie. Ces enquêtes se fonderont notamment sur un critère d'audience objectif établi en fonction du nombre de travailleurs indépendants adhérents et cotisants dans chaque organisation.

Les instances régionales seront également constituées de représentants des travailleurs indépendants et se consacreront notamment à l'accompagnement des travailleurs indépendants. Ils disposeront de crédits déterminés par le conseil national sur la base d'un montant global fixé par arrêté après avis de ce même conseil.

Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants sera mis en place à compter du 1^{er} janvier 2020. Néanmoins, la désignation des membres de ses instances sera effectuée avec effet au 1^{er} janvier 2019 afin qu'elles puissent en 2019 assurer les missions dévolues aux conseils d'administration des ex caisses du RSI maintenues provisoirement. En effet les mandats actuels des membres de ces conseils d'administration s'achèvent en 2018.

A compter du 1^{er} janvier 2018, la Caisse nationale du Régime Social des Indépendants prendra la dénomination de caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les caisses locales prendront la dénomination de caisses régionales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Elles apporteront,

jusqu'au 31 décembre 2019, leur concours¹ aux caisses nationales et locales du régime général dans l'exercice de leurs missions relatives aux travailleurs indépendants.

• **Transfert des droits et obligations du Régime Social des Indépendants vers le régime général**

Les droits et obligations liés à la « gestion technique » du Régime Social des Indépendants (hors retraite complémentaire et invalidité décès), c'est-à-dire l'antériorité au 31 décembre 2017 des prestations et cotisations non soldée (restes à recouvrer, indus, rappels, contentieux...) seront transférés de plein droit au 1er janvier 2018 aux organismes nationaux et locaux du régime général, pour les missions et activités relevant de leurs périmètres respectifs. En revanche les contrats de travail des salariés du Régime Social des Indépendants seront transférés aux branches du régime général, au plus tard le 31 décembre 2019, dans le respect de la mise en œuvre d'un schéma stratégique d'organisation partagé indispensable à la mise en œuvre de la réforme. Dans la période transitoire et jusqu'à leur transfert, l'ensemble des contrats de travail restent régis par les conventions collectives du régime social des indépendants. Dès le début de l'année 2018, l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS) et les organisations syndicales de salariés au sein du régime social des indépendants engageront des négociations afin de conclure un accord de transition applicable à l'ensemble des salariés transférés. Au 1er janvier 2020, les ex salariés du RSI seront employés au sein des organismes du régime général et se verront appliquer la convention collective dite « UCANSS » ainsi que transitoirement, sur les points faisant l'objet de celui-ci, de l'accord de transition. En tout état de cause, les niveaux de rémunération individuels seront garantis ainsi que l'absence de mobilité forcée au-delà des secteurs géographiques où se situent les caisses actuelles du RSI.

• **Service des prestations maladie en nature (prise en charge des soins)**

Au 1er janvier 2018, la CNAM sera substituée à la caisse nationale du RSI dans les conventions actuelles prévoyant la délégation du service des prestations d'assurance maladie à des entreprises d'assurance et mutuelles. Ces délégations seront maintenues pour le reste en totalité en 2018. Elles le seront également en 2019, dernière année couverte par les délégations en vigueur, mais uniquement pour les travailleurs indépendants qui auront créé leur activité avant le 31 décembre 2018². Les personnes qui créeront leur entreprise en 2019 seront gérées par les organismes du régime général, ce qui signifie pour la plupart d'entre eux, qui sont déjà affiliés dans les CPAM ou CGSS, qu'ils ne feront aucune démarche et demeureront dans la caisse qu'ils connaissent déjà.

Au cours de l'année 2020, à des dates qui seront fixées en accord avec la CNAM et chacun des organismes délégataires afin de bien sécuriser l'ensemble de ces opérations qui impliquent le transfert de 2 200 salariés. La CNAM et les OC pourront renouveler les délégations pour la période intercalaire qui court entre la fin des conventions en cours en 2019 et la date du transfert intervenant en 2020.

Ces dispositions s'appliqueront à l'ensemble des travailleurs indépendants pour l'assurance maladie et pour tous ceux qui n'exercent pas une activité libérale réglementée en matière d'assurance vieillesse

Conformément aux objectifs portés par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 dont l'étude d'impact reste d'actualité (cf. article 33 dans la numérotation du projet de loi), il est proposé d'intégrer au fur et à mesure dans le nouveau dispositif l'ensemble des entrepreneurs ne relevant pas des professions libérales au sens strict. Cette mesure concernera les nouveaux créateurs d'activité relevant de ces professions ainsi que ceux qui ont déjà créé une activité qui souhaitent également être gérés dans ce nouveau cadre.

Ce mouvement complètera les évolutions déjà engagées dans l'objectif de rendre le système de retraite plus simple et d'améliorer le service rendu aux assurés, notamment *via* la mise en place d'une liquidation unique des retraites des régimes alignés et dans l'objectif de limiter le nombre d'organismes auprès desquels les travailleurs indépendants acquittent des cotisations.

La mesure proposée fait suite à une concertation auprès des organisations professionnelles et les caisses de sécurité sociale concernées, la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) pour la retraite de base et la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) pour la retraite complémentaire. Ces dernières n'ont pu trouver une position convergente et il a été privilégié pour cette raison, mais aussi parce qu'elles représentent directement les personnes les plus concernées, la position des organisations professionnelles.

Seront ainsi maintenues au sein des régimes propres aux professions libérales, outre les professionnels de santé historiques et ceux de l'expertise du droit et du chiffre qui ne posaient pas question, les architectes, les géomètres experts et les ingénieurs-conseil d'une part et les psychologues, psychothérapeutes, ostéopathes, ergothérapeutes d'autre part.

De ce fait, l'ensemble des professions du conseil et de prestation de services (notamment informatiques) dont les conditions d'activité sont proches de celles des chefs d'entreprise exerçant dans des secteurs dits industriels et

¹ Dans un premier temps, pour des raisons de continuité indispensables au service des prestations, de manière proche de ce qui prévaut aujourd'hui même si ce sera sous la responsabilité des organismes du régime général ; progressivement, et selon les activités, les caisses des différents réseaux organiseront une intégration croissante de ces missions et/ou de leur pilotage.

² Ce changement sera sans impact sur les ressources dont disposeront les organismes conventionnés puisque leurs remises de gestion sont fixées globalement et non en fonction du nombre d'assurés.

commerciaux, seront désormais rattaché à la protection sociale de droit commun des travailleurs indépendants (et donc gérés par le régime général).

Il n'est pas proposé de décaler le planning initial de la réforme, qui n'inclut pas à court terme de transferts et ne pose de ce fait pas de difficulté opérationnelle particulière.

- **Autres options possibles**

Le statu quo ou un simple changement de nom ne sont pas envisageables. Cette réforme a été annoncée dans le cadre de la campagne présidentielle et elle est fortement attendue par les intéressés.

S'agissant des périmètres d'affiliation respectifs des régimes des professions libérales et de la protection sociale de droit commun des travailleurs indépendants, dorénavant au régime général, le statu quo n'est pas non plus envisageable pour des raisons juridiques. Il existe en effet un risque avéré de double affiliation ou de refus d'affiliation puisque l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale prévoit une affiliation à la CNAVPL pour les personnes qui ne sont pas affiliées au régime de droit commun des travailleurs indépendants, à la MSA ou à la CNBF ce qui contredit les dispositions de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit également que les personnes qui ne sont pas affiliées à la MSA, à la CNAVPL et à la CNBF relèvent de la protection sociale de droit commun des travailleurs indépendants.

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

La mesure constitue une modification des règles d'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale, et par voie de conséquence aura un impact déterminant (plusieurs milliards) sur les produits et charges de chacun d'entre eux. Elle relève du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application des 1° du B et du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des futurs conseils de la protection sociale des indépendants (dont l'action sociale constitue une part importante des missions) découlent de la nécessité d'assurer a minima un cadre juridique opérant pour les structures héritières du RSI à partir de 2020 dans la mesure où le transfert d'une grande partie de leurs activités rendra totalement inadapté, du fait de ses impacts sur le champ de responsabilité actuel des conseils d'administration tel que prévu par la loi, la gouvernance actuelle de ces organismes. De même les dispositions transitoires relatives aux transferts des contrats de travail fixent un cadre indispensable pour sécuriser la situation des personnels dans une opération qui par ses caractéristiques (notamment le transfert entre plusieurs organismes d'activités qui peuvent aujourd'hui être exercées par des salariés intervenant sur plusieurs domaines et le fait que ce transfert concernera non seulement l'ensemble des 5 500 salariés du RSI mais aussi toute la branche qui s'y superpose) ne relève pas des dispositions déjà envisagées explicitement par le droit du travail.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires qui prévoient une telle saisine.

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

Le projet d'article a également été adressé par le Gouvernement aux institutions représentatives des personnels du RSI. Les organismes du RSI continueront pour leur part d'assurer l'information de ces IRP au cours du parlementaire si les dispositions les concernant venant à être modifiées. Ils organiseront ensuite l'information de ces IRP sur les projets de réorganisations qui interviendront, suite aux dispositions de la loi, dans les activités des organismes selon les dispositions du code du travail applicable à ce type d'opérations (articles L. 2323-1 et suivants du code du travail).

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) ?

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 procède à d'importantes modifications des articles du code de la sécurité sociale. Il modifie notamment l'architecture du livre 6 de ce code sur le plan suivant :

Titre 1^{er} : dispositions générales (champ d'application, conseil de la protection sociale des indépendants, dispositions relatives au financement, contrôles et sanctions)

Titre II : assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Titre III : Assurance invalidité et assurance vieillesse

Titre IV : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Le IV de l'article procède à des modifications tirant les conséquences des modifications figurant dans les I à III de l'article. Elles seront complétées par des modifications effectuées par ordonnance s'agissant de points relatifs à la dénomination des organismes ou de modifications de renvois nécessités par les déplacements d'articles du code de la sécurité sociale issus du présent article ; en outre il est prévu que cette ordonnance regroupe dans le même livre VI l'ensemble des dispositions relatives aux TI (qui figurent pour partie dans les livres 1^{er} et 7) alors qu'inversement ce livre contient des dispositions relatives à la C3S qui sont sans lien aujourd'hui avec la protection sociale des indépendants.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Une soixantaine d'articles sont supprimés (alors que seulement 7 articles sont créés).

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
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

Cette mesure entraînera un transfert de produits et de charges entre régimes. Ceux du régime général augmenteront respectivement de 15 et 16 milliards. En contrepartie la dotation d'équilibre actuellement versée par ce régime au RSI disparaîtra.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Cotisations et contributions régime général		+ 15 000			
Prestations régime général		- 16 000			
Suppression dotation d'équilibre du régime général		+ 1 000			

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

a) impacts économiques

Cette mesure n'a pas d'impact sur les droits des travailleurs indépendants ou sur le niveau de leurs cotisations (même si celles-ci baisseront par ailleurs du fait des dispositions des articles ...)

Les effets de la réforme s'agissant du volet relatif à l'affiliation des professions anciennement rattachées à la CNAVPL sont décrits dans l'étude d'impact de la mesure adoptée en LFSS pour 2017.

b) impacts sociaux

Cette mesure est sans impact sur les droits sociaux des intéressés (sauf pour le volet relatif aux professions anciennement rattachées à la CNAVPL dont les droits seront accrus en cas de maladie). Elle simplifiera néanmoins leur mise en œuvre effective.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Cette mesure conduira à la simplification des démarches et des conditions de prise en charge des assurés au sein du régime de droit commun des travailleurs indépendants puisqu'ils pourront bénéficier d'une continuité de leur couverture au fil de leur activité, que celle-ci s'exerce successivement ou simultanément en tant que salariés ou en tant qu'indépendants.

Le comité mis en place pour piloter la réforme et celui mis en place pour veiller à son bon déroulement accorderont une attention toute particulière à la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Pour tous échanges avec les

organismes sociaux pour le calcul et le recouvrement des cotisations et pour la constitution de leurs droits à retraite qui en découlent, des outils dédiés sur internet et des interlocuteurs dédiés seront mis en place. Parallèlement un programme de simplifications et d'améliorations sera déployé comme l'a annoncé par le premier ministre. Au sein de cet ensemble sera expérimenté un dispositif permettant aux indépendants qui le souhaitent d'ajuster au mois le mois – ou au trimestre pour ceux qui le préfèrent – le niveau de leurs acomptes de cotisation en fonction de leur activité : payer davantage de cotisations les mois de forte activité ; payer moins dans les périodes creuses, l'ensemble donnant lieu à une régularisation annuelle une fois leur compte définitif établi. Ce dispositif soit co-construit avec des travailleurs indépendants afin de le concevoir au plus près de leurs besoins et de leur perception.

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

Cette mesure conduira à une profonde réorganisation des organismes.

En cible, c'est-à-dire en 2020, et en dehors des aspects liés au fait que la taille des organismes du régime général augmentera (en termes de volumes financiers et d'opérations traités, ce qui ne pose pas de difficulté particulière, et en termes d'effectifs, cf. point suivant) :

- le fonctionnement des caisses d'assurance maladie sera impacté par la reprise des missions de prestation, assurées par le RSI et surtout les organismes conventionnés. La mesure conduira dans un premier temps à regrouper les services médicaux des 2 réseaux et les actions de gestion du risque et de prévention. Dans un second temps, courant 2020, les CPAM reprendront les missions des organismes conventionnés, en reprenant les personnels qui y sont affectés.

Dès 2018, des flux informatiques seront mis en place pour permettre à l'assurance maladie du régime général de bien identifier les nouveaux travailleurs indépendants.

- pour les organismes de retraite, la mise en place de la liquidation unique des retraites (LURA) au 1^{er} juillet 2017 a permis des avancées très importantes en termes de collaboration entre régimes salariés et non-salariés puisque les CARSAT liquident dorénavant des retraites pour des assurés qui ont passé une partie de leur carrière au RSI. Cette logique devra donc être poussée pour couvrir des assurés dont la dernière activité est exercée en tant qu'indépendants et pour ceux dont l'ensemble de la carrière a été exercée sous cette forme.

La CNAV devra en outre reprendre progressivement la gestion de la « base carrière » des assurés travailleurs indépendants, qui enregistre l'ensemble des revenus annuels cotisés servant au calcul futur de leurs droits¹. Ce point, par essence sensible, pourra s'appuyer sur la mise en place en cours du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), et donnera lieu, du fait du lien plus direct qui existe pour les travailleurs indépendants avec les cotisations payées, à des éléments d'organisation commune avec les organismes chargés du recouvrement.

Par délégation, les CARSAT et CGSS devront assurer en outre, sur la base des outils du RSI existants, la liquidation des droits de retraite complémentaire, gérés « en points ».

- pour les organismes chargés du recouvrement, il s'agira d'aller au bout de la logique mise en place à compter de cette année suite aux dispositions de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (dispositif dit « NORTI »), qui ont profondément fait évoluer l'organisation précédente en la simplifiant et en organisant une ligne unique de fonctionnement pour les travailleurs indépendants. L'ensemble de cette organisation devra donc basculer au sein des Urssaf et CGSS. La gestion informatique de ces fonctions sera facilitée par la rénovation en cours du système de gestion des Urssaf (programme dit « Cle-a »).

Les Urssaf prendront en charge en outre les missions d'affiliation, organisées sur la base des informations transmises par les centres de formalités des entreprises en capitalisant sur les outils et équipes du centre actuellement dévolu à cette activité à Auray.

- une organisation dédiée sera mise en place entre les branches retraite et recouvrement du régime général pour que les échanges de toute nature entre les assurés et les organismes de sécurité sociale de ces branches, qu'ils soient réalisés sur internet, par téléphone ou sur place², interviennent sous une forme unique et permettent de traiter de manière articulée et sans solution de continuité les différents aspects nécessaires (cotisations et droits retraites). Au-delà de ces fonctions de « *front office* » cette organisation portera la mise en place d'une gestion sécurisée des droits à prendre en compte pour la retraite (cf. ce qui suit).

¹ Au sein du régime général, du fait des règles applicable au précompte salarial, le reversement par l'employeur des cotisations n'est pas une condition suspensive de l'enregistrement des droits et l'ensemble des montants dus sont pris en compte.

² Seront privilégiés les accueils sur rendez-vous dont les expériences actuelles montrent tout l'intérêt.

Un schéma stratégique d'organisation préparé par les caisses nationales du régime général, et approuvé par les ministres, sera adopté pour bien clarifier les responsabilités incombant à l'ensemble des organismes. Un schéma préfigurateur, préparé en outre avec les équipes du RSI, sera adopté en 2018. Il traitera en outre du cadre général d'organisation pour la période 2018-2019 au cours de laquelle les missions relevant nouvellement du régime général seront mises en œuvre avec le concours des actuelles équipes et outils du RSI, selon des modalités évolutives : pour des raisons de continuité indispensable les caisses du régime général s'appuieront au 1^{er} janvier 2018 sur le fonctionnement actuel de ces équipes et outils avant d'examiner avec celles-ci comment faire évoluer les différents aspects de leurs activités pour leur intégration¹ au sein des caisses du régime général. Aucun transfert d'effectifs ou d'outils ne sera effectué sans validation par un comité de surveillance présidé par une personne qualifiée neutre afin de s'assurer de toute absence de risque de régression, même transitoire, dans le service rendu aux travailleurs indépendants.

Pendant cette période enfin, l'ensemble des actuels outils informatiques du RSI seront versés dans une structure commune du type GIE/GIP impliquant l'ensemble des caisses nationales du régime général et l'ex caisse nationale du RSI pour assurer une maintenance et une évolution partagée d'outils d'intérêt commun.

Les équipes du régime général d'une part et celles du RSI d'autre part ont par le passé eu l'occasion de collaborer sur de nombreux sujets partagés et ils disposent d'une bonne connaissance mutuelle. D'ores et déjà, sous l'égide de la direction de projet désigné par les ministres, avec à sa tête M. Dominique Giorgi, une quinzaine de groupes de travail ont été lancés par ces organismes et l'administration pour examiner dans le détail la préparation de tous les points de mise en œuvre importants de la réforme.

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

Les salariés actuels des caisses du RSI (environ 5 500) continueront leur activité au 1^{er} janvier 2018 au sein de caisses nationale ou régionales. Ils passeront progressivement sous la responsabilité fonctionnelle des caisses du régime général qui en deviendront en 2020 leurs employeurs à l'issue d'un processus de réorganisation, mené dans les conditions prévues par le droit du travail, notamment en termes de consultation et de recueil de l'avis des intéressés.

Les personnels des ex caisses du RSI resteront salariés en 2018 et 2019 de leurs anciens employeurs et soumis de ce fait à la convention collective spécifiquement applicable à cette caisse. A compter de 2020, ils deviendront, à l'issue du processus décrit ci-dessus, salariés des caisses du régime général et soumis à la convention collective de celles-ci (convention dite « UCANSS ») sous réserve des dispositions d'un accord dit « de transition » que la loi propose de demander à l'UCANSS et aux organisations syndicales représentatives au sein des salariés du RSI de négocier en 2018-2019. En tout état de cause, en cohérence avec les principes du droit du travail, aucun licenciement n'accompagnera ces transferts et les rémunérations individuelles seront garanties dans les cas, a priori minoritaires, dans lesquels l'application de la convention collective UCANSS ne le permettrait pas spontanément. En outre aucune mobilité ne sera imposée en dehors du secteur géographique des emplois actuels.

Les plafonds d'emploi et de moyens de prévus par la COG actuelle du RSI seront maintenus pour 2018 et 2019 pour que les anciennes caisses du RSI puissent maintenir leur fonctionnement et rémunérer leurs salariés dans le cadre du concours qu'elles devront apporter aux organismes du régime général. Les COG du régime général en cours de négociation et qui porteront sur la période 2018-2021 prévoiront des règles permettant de prendre en compte ces transferts.

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

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

Des décrets déclinant dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale les évolutions portées par le présent article seront pris au tout début de l'année 2018. Ceci concernera :

- les modalités de répartition des dotations qui seront attribuées au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants pour ses dépenses de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale ;
- les conditions permettant d'apprécier la représentativité des organisations professionnelles nationales des travailleurs indépendants qui pourront ainsi désigner des membres pour siéger au sein de l'assemblée générale et des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4 ;
- la mise en place du comité de surveillance de la réforme qui assure notamment la validation des conclusions auxquelles sont parvenues les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général lors de la phase préparatoire permettant de définir le schéma d'organisation des services ;

¹ Il s'agira d'une intégration dite « fonctionnelle » : les personnes concernées resteront employées par les ex caisses du RSI, qui conserveront un pouvoir hiérarchique, mais travailleront, dans un cadre conventionnel fixé entre les organismes des 2 types de réseaux, dans des organisations dépendant en termes de métiers des CPAM, CARSAF, URSSAF, CGSS. Ce n'est qu'à compter de 2020 que ces dernières caisses deviendront également les employeurs des salariés concernés.

- les modifications à apporter à la partie réglementaire du livre 6 du code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences directes de la réorganisation de la partie législative de ce titre.

Un arrêté d'approbation interviendra pour valider le schéma d'organisation proposé par les directeurs des caisses nationales.

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

Ces éléments sont décrits ci-dessus en termes d'organisation.

On rappelle que :

- l'ensemble des missions relevant au 1^{er} janvier 2018 de la responsabilité des caisses du régime général même si dans un premier temps elles les mettront en œuvre avec le concours important des ex caisses du RSI avant d'organiser progressivement une reprise fonctionnelle puis une reprise totale au 1^{er} janvier 2020 ;
- les dettes et créances liées à la « gestion technique » seront transférées au 1^{er} janvier 2018. C'est sur cet exercice qu'aura lieu le transfert comptable ;
- les contrats de travail seront transférés en 2020 ;
- le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants sera créé avec effet au 1^{er} janvier 2019 ;
- les caisses du RSI deviendront au 1^{er} janvier 2018 des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Elles resteront administrées par leurs organes actuels jusqu'au terme de leurs mandats, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2018. En dehors de leurs compétences liées au fonctionnement des organismes, les conseils d'administration exerceront en 2018 les compétences maintenues à titre pérenne aux représentants des indépendants (action sociale, pilotage régimes complémentaires, suivi des missions exercées par les organismes chargés de la mise en œuvre de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, propositions d'évolutions dans la gestion ou dans les règles applicables aux travailleurs indépendants) ;
- en 2019, les membres des organes de ce conseil exerceront en plus de leurs compétences propres celles nécessaires au fonctionnement des ex caisses du RSI ;
- les ex caisses du RSI seront dissoutes au 31 décembre 2019 ;
- la CNAM reprendra au 1^{er} janvier 2018 les délégations aux organismes conventionnés pour la gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants. A partir de 2019, les nouveaux créateurs d'entreprise resteront rattachés à leur CPAM ou CGSS (ou iront dans ces caisses dans les cas plus minoritaires dans lesquels ils étaient dans un autre régime salarié, comme par exemple la MSA ou un régime spécial). Au cours de l'année 2020, la gestion de l'assurance maladie de l'ensemble des travailleurs indépendants sera reprise en CPAM et CGSS. Les délégations aux OC ne seront pas renouvelées au-delà et les salariés affectés à ces missions dans les OC seront repris par les caisses du régime général
- s'agissant de la modification du périmètre entre la CNAVPL et l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants de droit commun (dorénavant au sein du RG), cette mesure s'appliquera aux nouveaux créateurs d'entreprise à compter du 1^{er} janvier 2018 pour les micro entrepreneurs et à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les autres créateurs ;
- l'ouverture d'un droit d'option pour le « stock » des professions relevant actuellement de la CNAVPL, micro-entrepreneurs ou non, et ne relevant pas du champ des professions listées à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par la présente mesure, pourra être exercée entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2023.

Afin de sécuriser les opérations à mener dans la phase transitoire seront mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2019 :

- un comité chargé du pilotage des opérations. Il est composé des directeurs de caisses nationales du régime général, du directeur général de l'instance nationale provisoire de gestion de la sécurité sociale des indépendants et du directeur de la sécurité sociale.
- un comité de surveillance chargé de veiller à la qualité des flux d'information relatifs à la sécurité sociale des travailleurs indépendants et, de valider chacune des étapes de déploiement de la réforme, en particulier lorsqu'elles s'accompagnent de transferts de personnels, de mises en production de nouveaux outils informatiques ou d'évolutions dans les modalités selon lesquelles les caisses provisoires concourent aux missions des caisses du régime général. Il pourra faire toute recommandation aux ministres pour la mise en œuvre de la réforme.

c) Modalités d'information des assurés

La réforme dispose d'une très grande notoriété même si ses modalités de mise en œuvre et les impacts sur chaque assuré le sont moins.

Dans les travaux mis d'ores et déjà en place par les groupes installés par la direction de projet figurent l'ensemble des différents aspects liés à la communication (changement de marque notamment). Il s'agit d'une priorité qui fait l'objet de la plus grande attention.

d) Suivi de la mise en œuvre

Au cœur des métiers des caisses de sécurité sociale, cette mesure fera l'objet d'un suivi au travers de l'ensemble des outils statistiques, comptables, budgétaires déjà existants ou à étendre.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 200-1	Article L. 200-1 modifié
<p>Le régime général de sécurité sociale couvre :</p> <p>1°) au titre de la prise en charge des frais de santé et des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ;</p> <p>2°) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;</p> <p>3°) au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1.</p> <p>Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.</p>	<p>Le régime général de sécurité sociale couvre :</p> <p>1° D'une part, pour le versement des prestations en espèce définies à l'article L. 311-1, les personnes salariées ou assimilées visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31 et d'autre part, pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, paternité et vieillesse, les personnes non salariées visées respectivement aux articles L. 611-1 et L. 631-1 ;</p> <p>2° Au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes visées aux articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;</p> <p>3° Au titre des prestations familiales, les personnes visées à l'article L. 512-1 ;</p> <p>4° Au titre de la protection universelle maladie, telle que définie à l'article L. 160-1, les personnes mentionnées au 1° et aux articles L. 381-4, L. 381-20, L. 381-25, L. 381-30 ainsi que les personnes inactives rattachées aux organismes du régime général en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 160-17.</p> <p>Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.</p>
Article L. 200-2	Article L. 200-2 modifié
<p>Le régime général comprend quatre branches :</p> <p>1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;</p> <p>2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° Vieillesse et veuvage ;</p> <p>4° Famille.</p> <p>L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.</p> <p>Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.</p> <p>Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement.</p> <p>L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes.</p>	<p>Le régime général comprend quatre branches :</p> <p>1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;</p> <p>2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;</p> <p>3° Vieillesse et veuvage ;</p> <p>4° Famille.</p> <p>L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.</p> <p>Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.</p> <p>Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement.</p> <p>L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes.</p>

<p>La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L. 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.</p>	<p>La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L. 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.</p>
<p>Article L. 200-3</p>	<p>Article L. 200-3 modifié</p>
<p>Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.</p> <p>(le reste sans changement).</p>	<p>Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.</p> <p>(le reste sans changement).</p>
<p>Article L. 211-1</p>	<p>Article L. 211-1 modifié</p>
<p>Les caisses primaires d'assurance maladie assurent dans leur circonscription le service des prestations se rapportant à chacune des gestions prévues au 1° de l'article L. 221-1.</p>	<p>Les caisses primaires d'assurance maladie assurent dans leur circonscription la prise en charge des frais de santé et le service des prestations se rapportant à chacune des gestions prévues au 1° de l'article L. 221-1 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.</p>
<p>Article L. 213-1</p>	<p>Article L. 213-1 modifié</p>
<p>Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :</p> <p>1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les assurés volontaires ;</p> <p>(...)</p> <p>3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 ;</p> <p>(...)</p>	<p>Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :</p> <p>1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les assurés salariés et assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les assurés volontaires ;</p> <p>(...)</p> <p>3° Avec les caisses de base du régime social des indépendants, Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues aux articles L. 133-1-2, L. 133-1-3 et L. 133-5-2 autres que celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3 ;</p> <p>(...)</p> <p>7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés</p>

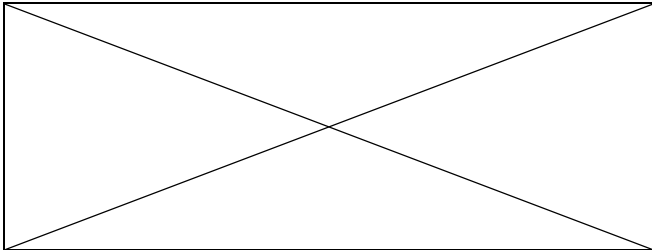
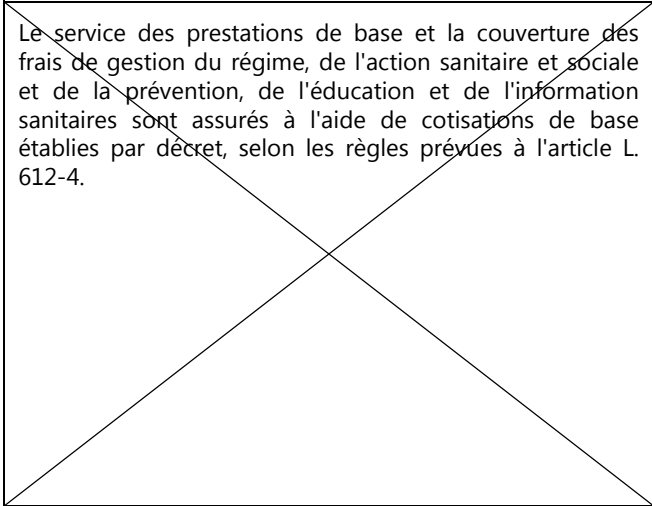
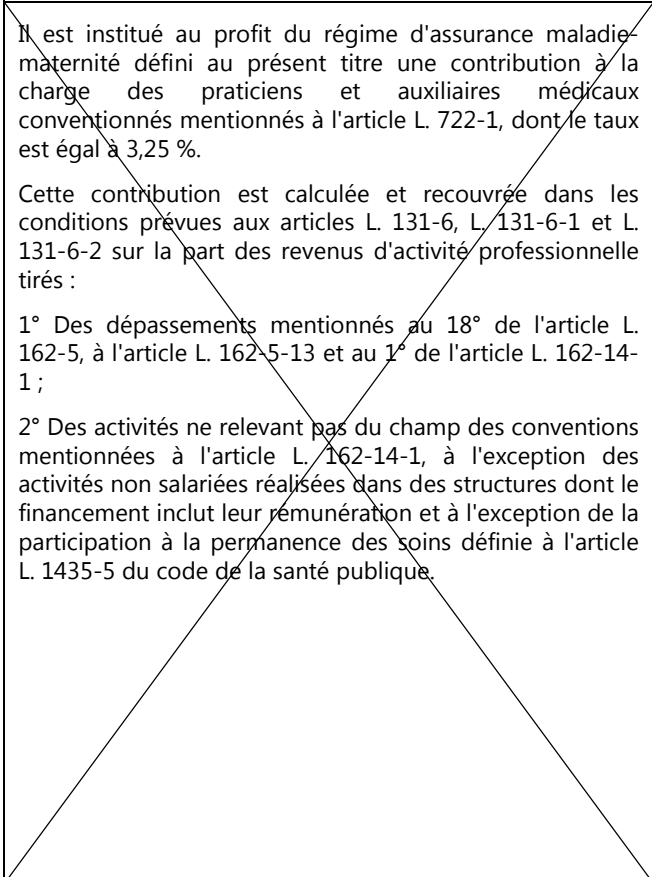
	pour régler leurs cotisations et contributions sociales.
Article L. 215-1	Article L. 215-1 modifié
<p>Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :</p> <p>1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;</p> <p>2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;</p> <p>3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;</p> <p>4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;</p> <p>5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.</p> <p>Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret.</p>	<p>Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :</p> <p>1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;</p> <p>2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;</p> <p>3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;</p> <p>4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;</p> <p>4° bis Mettent en œuvre les décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants en vue de leur retraite ;</p> <p>5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.</p> <p>Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret.</p>
Article L. 221-1	Article L. 221-1 modifié
<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>(...)</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</p>	<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>(...)</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, et des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants.</p>
Article L. 221-3-1	Article L. 221-3-1 modifié
<p>(...)</p> <p>Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues</p>	<p>(...)</p> <p>Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues</p>

<p>susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.</p> <p>(...)</p> <p>Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier.</p>	<p>susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.</p> <p>(...)</p> <p>Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier ainsi que, s'agissant des travailleurs indépendants, du service rendu à ces assurés au conseil [national de la protection sociale des non-salariés] mentionné à l'article L. 612-1.</p>
Article L. 222-1	Article L. 222-1 modifié
<p>La Caisse nationale d'assurance vieillesse a pour rôle :</p> <p>1° D'assurer le financement des prestations d'assurance retraite et d'assurance veuvage du régime général ;</p> <p>2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés, et d'en assurer la coordination ;</p> <p>(...)</p> <p>4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ;</p> <p>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 des travailleurs salariés ;</p> <p>6° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et des caisses générales de sécurité sociale.</p> <p>Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.</p>	<p>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 :</p> <p>1° D'assurer le financement des prestations d'assurance retraite et d'assurance veuvage du régime général De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A À 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, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n' est pas attribuée aux organismes locaux ;</p> <p>2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés et des non-salariés, et d'en assurer la coordination ;</p> <p>(...)</p> <p>4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration et de mettre en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises dans le même domaine par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ;</p> <p>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 des travailleurs salariés du régime général ;</p> <p>6° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et des caisses générales de sécurité sociale.</p> <p>Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.</p>
Article L. 223-1	Article L. 223-1 modifié
<p>La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :</p> <p>1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;</p>	<p>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 :</p> <p>1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales 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</p>

<p>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 ;</p> <p>3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;</p> <p>4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;</p> <p>(...)</p>	<p>financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de cette branche dont la responsabilité n' est pas attribuée aux organismes locaux;</p> <p>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 ;</p> <p>3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;</p> <p>4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat;</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 225-1-1</p>	<p>Article L. 225-1-1 modifié</p>
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale, y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ;</p> <p>(...)</p>	<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;</p> <p>2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale, y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6, ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux. Ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles définies conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants en application des articles L. 133-1-1 à L. 133-1-6 pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; De définir, pour les travailleur 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 ;</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 227-1</p>	<p>Article L. 227-1 modifié</p>
<p>I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements</p>	<p>I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements</p>

<p>réiproques des signataires.</p> <p>(...)</p> <p>Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.</p> <p>(...)</p>	<p>réiproques des signataires.</p> <p>(...)</p> <p>Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.</p> <p>Les conventions relatives aux branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et celle relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs, et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.</p> <p>(...)</p>
<p>Titre 3 Dispositions communes à toutes les caisses</p> <p>Chapitre 3</p>	<p>Titre 3 Dispositions communes à toutes les caisses</p> <p>Chapitre 3 modifié</p>
<p>Moyens mécanographiques et électroniques des caisses</p>	<p>Moyens mécanographiques et électroniques des caisses Dispositions propres au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants</p>
	<p>Article L. 233-1 nouveau</p>
	<p>Les missions que les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1, L. 222-1, L. 225-1 et L. 752-4 exercent auprès des travailleurs indépendants le sont dans le cadre d'un schéma stratégique d'organisation établi conjointement par les directeurs des organismes mentionnés aux articles L. 222-1 et L. 225-1 et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, fixant les orientations et les modalités d'organisation permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'assurer une bonne articulation des activités réalisées auprès des travailleurs indépendants des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4 qui le nécessitent, notamment l'accueil et l'accompagnement des assurés, la réception de leurs demandes, l'instruction de leurs demandes d'action sociale, l'enregistrement et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir et - de sécuriser l'atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions mentionnées à l'article L. 227-1 en ce qui concerne les assurés au premier alinéa.
<p>Livre 6</p>	<p>Livre 6 modifié</p>
<p>Régimes des travailleurs non salariés</p>	<p>Régimes des travailleurs non salariés Dispositions applicables aux non salariés</p>
<p>Titre I</p>	<p>Titre I modifié</p>
<p>Dispositions générales</p>	<p>Dispositions générales Champ d'application</p>

	(La subdivision de ce dernier en sections est supprimée)
Article L. 613-1	Article L. 611-1 nouveau
<p>Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :</p> <p>(...)</p>	<p>Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles. Sous réserve des dispositions de l'article L. 671-1, les dispositions du présent livre s'appliquent aux personnes suivantes :</p> <p>(...)</p>
Article L. 612-1	Article L. 612-1 remplacé
<p>Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>1°) les cotisations des assurés ;</p> <p>2°) (Abrogé) ;</p> <p>3°) Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche, dans les conditions fixées à l'article L. 134-11-1 ;</p> <p>4°) une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;</p> <p>5°) (abrogé)</p> <p>6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;</p> <p>7°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.</p>	<p>Le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants a pour rôle :</p> <p>1° De veiller, sans préjudice des prérogatives des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1, à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles du présent code relatives à leur protection sociale et à la qualité du service rendu aux travailleurs indépendants par les organismes assurant le recouvrement des cotisations et le service des prestations ;</p> <p>2° De déterminer des orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants ; ces orientations sont soumises pour approbation à l'autorité compétente de l'Etat ;</p> <p>3° De piloter le régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et le régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine y afférent ;</p> <p>4° D'animer, coordonner et contrôler l'action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.</p> <p>Le Conseil national peut faire au ministre chargé de la sécurité sociale toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Il peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à la protection sociale des travailleurs indépendants. Il est saisi pour avis des projets de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des projets de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement les travailleurs indépendants.</p> <p>Les organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 rendent compte au moins une fois par an de la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Le conseil national rend un avis sur la qualité de ce service et formule, le cas échéant, des recommandations d'évolution ou d'amélioration de ceux-ci.</p> <p>Le conseil peut en outre formuler des recommandations relatives à la mise en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 d'actions de prévention ou d'actions sanitaires menées plus particulièrement à destination des travailleurs indépendants.</p>

	<p>Le conseil formule également des propositions relatives notamment à la politique de services rendus aux travailleurs indépendants, qui sont transmises aux caisses nationales du régime général en vue de la conclusion des conventions d'objectifs et de gestion prévues à l'article L. 227-1 – et notamment leur partie relative aux objectifs et actions mentionnées au onzième alinéa de ce même article.</p>
<p>Article L. 612-2</p>	<p>Article L. 612-2 remplacé</p>
	<p>Le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants est un organisme de droit privé doté de la personnalité morale.</p> <p>Il est doté d'une assemblée générale [délibérante] [et d'un directeur nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget].</p> <p>Il dispose également d'instances régionales.</p> <p>Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 272-1, L. 272-2-1, L. 281-1 et L. 281-3 s'appliquent au conseil et aux membres de son assemblée générale et de ses instances régionales. Les délibérations de l'assemblée générale et de ses instances régionales sont respectivement soumises à l'application des dispositions des articles L. 224-10 et L. 151-1.</p>
<p>Article L. 612-3</p>	<p>Article L. 612-3 remplacé</p>
	<p>L'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants comprend :</p> <p>1° Des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national, telles qu'elles sont définies à l'article L. 612-6 ;</p> <p>2° Des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du gouvernement.</p> <p>Participent également aux réunions, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs ou directeurs généraux des organismes mentionnés aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 ou leurs représentants.</p> <p>L'assemblée générale désigne parmi ses membres une personne titulaire et une personne suppléante qui la remplace en cas d'empêchement pour représenter le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants au sein du conseil ou du conseil d'administration des organismes mentionnés à l'alinéa précédent . Cette personne dispose dans ce conseil ou ces conseils d'administration d'une voix consultative. L'Assemblée générale procède aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.</p>

<p align="center">Article L. 612-4</p>	<p align="center">Article L. 612-4 remplacé</p>
<p>Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.</p> <p>Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p>Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants, dont les circonscriptions géographiques sont définies par décret sont composées de représentants des travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national.</p> <p>Le ressort géographique de ces instances est la circonscription administrative régionale en métropole et à La Réunion, une instance unique étant mise en place pour les autres collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. Une délibération de l'assemblée générale mentionnée à l'article L. 612-3 peut néanmoins prévoir qu'une même instance est mise en place pour couvrir plus d'une ces circonscriptions.</p> <p>Les instances régionales décident de l'attribution des aides et prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale dans le cadre des orientations définies par le conseil mentionné à l'article L. 612-1. Les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations attribuées.</p> <p>Au sein des conseils et conseils d'administration des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1, L. 215-5, L. 216-5 et L. 752-4, un membre de l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants de la région dans laquelle se situe cette caisse, désignée par cette instance, représente le conseil de la protection sociale des non salariés. Il dispose dans ces conseils et conseils d'administration d'une voix consultative. Les instances régionales de la protection sociale des non salariés procèdent aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger/les représenter.</p> <p>Les instances régionales désignent en outre un médiateur chargé d'accompagner dans leur circonscription les travailleurs indépendants amenés à former une réclamation relative au service de leurs prestations de sécurité sociale ou au recouvrement de leurs cotisations par les organismes du régime général.</p>
<p align="center">Article L. 612-5</p>	<p align="center">Article L. 612-5 remplacé</p>
<p>Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 dues par les travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction, dans la limite de 3,5 points, qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11</p>	<p>Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 et celles nécessaires à la mise en œuvre de la prévention et de l'action sociale mentionnée au même article sont couvertes par des dotations annuelles attribuées par les branches mentionnées au 1° et au 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 635-1 et L. 635-5.</p> <p>Le montant global de chacune des deux dotations est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du conseil de la</p>

	<p>protection sociale des travailleurs indépendants.</p> <p>Le conseil mentionné à l'article L. 612-1 procède à la répartition de la dotation nécessaire à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale mentionnée au 2° du même article attribuée à chaque instance régionale.</p> <p>Un décret fixe les modalités de répartition de ces dotations entre les branches et régimes mentionnés au premier alinéa du présent article.</p>
Article L. 612-6	Article L. 612-6 remplacé
<p>Les cotisations mentionnées à l'article L. 612-2 sont admises dans les charges déductibles pour la détermination du bénéfice net professionnel soumis à l'impôt sur le revenu ou, lorsqu'elles n'entrent pas en compte pour l'évaluation des revenus professionnels, dans les charges déductibles pour la détermination du revenu net global servant de base audit impôt.</p> <p>En ce qui concerne les cotisations instituées par application de l'article L. 612-13, le décret prévu à l'article L. 613-20 fixe, le cas échéant, dans quelle proportion elles sont admises dans les charges déductibles au sens de l'alinéa précédent.</p>	<p>Peuvent désigner des personnes pour siéger dans les instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4, en application, respectivement, du 1° et du premier alinéa de ces articles les organisations en émettant le souhait lorsqu'elles remplissent cumulativement les critères suivants :</p> <p>1° Le respect des valeurs républicaines ;</p> <p>2° L'indépendance ;</p> <p>3° La transparence financière ;</p> <p>4° Une ancienneté minimale de deux ans. Cette ancienneté s'apprécie à compter de la date de dépôt légal des statuts ;</p> <p>5° L'influence, prioritairement caractérisée par l'activité et l'expérience ;</p> <p>6° L'audience, qui se mesure en fonction du nombre de travailleurs indépendants volontairement adhérents.</p> <p>Un décret en conseil d'Etat précise les modalités d'appréciation de ces critères, les modalités de recueil et d'examen des candidatures préalables à ces désignations et la règle permettant d'établir, sur la base de l'audience mentionnée au 6°, le nombre de personnes que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l'assemblée générale et des instances mentionnées aux articles L. 612-3 et L. 612-4.</p>
	Chapitre 3
	Dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants
	Section 1^{ère}
	Cotisations d'allocations familiales
Article L. 242-11	Article L. 613-1 nouveau
<p>Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article L. 133-4-9 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.</p>	<p>Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article L. 133-4-9 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.</p>

<p>Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.</p>	<p>Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.</p>
	<p>Section 2</p>
	<p>Modernisation et simplification des formalités</p>
<p>Article L. 133-6-7</p>	<p>Article L. 613-3 nouveau</p>
<p>Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement de leurs cotisations et contributions de sécurité sociale une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.</p> <p>Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions, soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>	<p>Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement de leurs cotisations et contributions de sécurité sociale une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.</p> <p>Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa de l'article L. 131-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions, soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 133-6-7-1</p>	<p>Article L. 613-4 nouveau</p>
<p>A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.</p> <p>(...)</p>	<p>A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants à la sécurité sociale. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.</p> <p>(...)</p>

Article L. 133-6-7-2	Article L. 613-5 nouveau
<p>I.-Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>(...)</p> <p>III.-Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, les obligations prévues au I du présent article s'imposent :</p> <p>1° Lorsque le montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes dépasse un seuil fixé par décret, aux travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 auxquels ne s'applique pas le montant minimal de cotisations et de contributions de sécurité sociale prévu aux trois derniers alinéas du I du même article en application du I de l'article L. 613-7-1 ;</p> <p>(...)</p>	<p>I.-Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>(...)</p> <p>III.-Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, les obligations prévues au I du présent article s'imposent :</p> <p>1° Lorsque le montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes dépasse un seuil fixé par décret, aux travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 auxquels ne s'applique pas le montant minimal de cotisations et de contributions de sécurité sociale prévu aux trois derniers alinéas du I du même article en application du I de l'article L. 613-7-1 L. 613-9 ;</p> <p>(...)</p>
	Section 3
	Dispositions diverses
Article L. 131-6-3	Article L. 613-9 modifié
<p>Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code.</p>	<p>Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, de la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux articles L. 621-1, L. 622-2 et L. 633-1, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code.</p>
	Chapitre 5
	Contrôle et sanctions
Article L. 652-7	Article L. 615-1 nouveau
<p>Toute personne qui, par voie de fait, menace ou manœuvres concertées, a organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations dues est punie d'un emprisonnement de deux</p>	<p>Toute personne qui, par voie de fait, menace ou manœuvres concertées, a organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations dues est punie d'un emprisonnement de deux</p>

ans et d'une amende de 30 000 euros. Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou à ne pas payer les cotisations à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 7 500 euros.	ans et d'une amende de 30 000 euros. Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou à ne pas payer les cotisations à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 7 500 euros.
Article L. 637-1	Article L. 615-2 nouveau
Les personnes condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans : -aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ; -aux chambres des métiers ; -aux conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants.	Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans : -aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ; -aux chambres des métiers ; -aux conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants des caisses d'assurance maladie et maternité et d'assurance vieillesse auprès desquelles sont affiliés les travailleurs indépendants.
Article L. 637-2	Article L. 615-3 nouveau
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.
Article L. 652-4	Article L. 615-4 nouveau
Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat. Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de la souscription desdites clauses ou conventions.	Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue tout travailleur indépendant légalement tenu de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat. Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les contrats d'assurance complémentaire en matière de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de la souscription desdites clauses ou conventions.
	Article L. 615-5 nouveau
	Les dispositions du chapitre VII du titre VII du livre III sont

	applicables aux prestations servies aux bénéficiaires du présent livre.
	Titre 2
	Assurance maladie et maternité
	Chapitre 1^{er}
	Cotisations
	Article L. 621-1 nouveau
	<p>Au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité, les travailleurs indépendants entrant dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dont le taux est fixé par décret.</p> <p>Ce taux peut être réduit par décret, sans toutefois pouvoir être inférieur au taux fixé à l'article L. 621-2, pour la fraction de ces revenus qui dépasse un plafond fixé par décret.</p> <p>Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 dont les revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, cette cotisation est calculée sur ce montant. Dans ce cas, le taux mentionné au premier alinéa fait l'objet d'une réduction qui décroît, dans des conditions fixées par décret, en fonction des revenus des personnes concernées. Le bénéfice de cette réduction s'ajoute à celui de la réduction mentionnée à l'article L. 621-3 sans toutefois que le total des deux réductions puisse excéder la valeur du taux fixé à l'article L. 621-2.</p>
	Article L. 621-2 nouveau
	Les travailleurs indépendants qui n'entrent pas dans le champ des dispositions de l'article L. 622-1 sont redevables pour la couverture des risque maladie et maternité d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité dont le taux est fixé par décret dans la limite de celui mentionné au premier de l'article L. 621-1.
Chapitre 2	Chapitre 2
Protection maladie	Prestations maladie en espèces
	Article L. 622-1 nouveau
	Sous réserve d'adaptation par décret, les assurés mentionnés au présent livre excepté ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 bénéficient en cas de

	maladie de prestations en espèces qui sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux articles L. 321-1 à L. 321-3, L. 323-1, L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-6 et L. 323-7.
Article L. 613-20	Article L. 622-2 nouveau
<p>Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale.</p> <p>Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 611-5. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes.</p> <p>Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 160-8 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 160-13.</p> <p>Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.</p> <p>La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.</p>	<p>Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et des sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-1 correspondantes ou s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse Nationale des barreaux français. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes.</p> <p>Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 160-8 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 160-13.</p> <p>Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.</p> <p>La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13 recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations mentionnées à l'article L. 621-2.</p> <p>Le service des prestations mentionnées au présent article est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4.</p>
Article L. 613-8	Article L. 622-3 nouveau
<p>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.</p>	<p>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.</p>

(...)	(...)
Chapitre 3	Chapitre 3 modifié
Champ d'application et protection maladie	Champ d'application et protection maladie Assurance maternité
Article L. 613-9	Article L. 623-1 nouveau
<p>Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.</p> <p>(...)</p> <p>Les assurés qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées auxiliaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :</p> <p>(...)</p>	<p>Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.</p> <p>(...)</p> <p>Les assurés qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées auxiliaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :</p> <p>(...)</p>
Article L. 613-19-1	Article L. 623-2 nouveau
<p>Les conjointes collaboratrices mentionnées au registre du commerce et des sociétés, au registre des entreprises tenu par les chambres de métiers d'Alsace et de la Moselle ou au répertoire des métiers ainsi que les conjointes des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et les conjointes des membres des professions libérales relevant du régime institué par le présent titre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient, à l'occasion de leurs maternités :</p> <p>(...)</p>	<p>Les conjointes collaboratrices mentionnées au registre du commerce et des sociétés, au registre des entreprises tenu par les chambres de métiers d'Alsace et de la Moselle ou au répertoire des métiers ainsi que les conjointes des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et les conjointes des membres des professions libérales relevant du régime institué par le présent titre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient, à l'occasion de leurs maternités :</p> <p>(...)</p>
Article L. 613-19-2	Article L. 623-3 nouveau
<p>Le père ainsi que, 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, lorsqu'ils relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 613-19.</p> <p>(...)</p>	<p>Le père ainsi que, 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, lorsqu'ils relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 613-19.</p> <p>(...)</p>

Article L. 613-19-3	Article L. 623-4 nouveau
<p>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 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. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité journalière prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p>(...)</p>	<p>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 de l'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père 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. 613-8 L. 622-3. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité journalière prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1 L. 623-1 et L. 623-2, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.</p> <p>(...)</p>
	TITRE 3
	Assurance invalidité et assurance vieillesse
	Chapitre 1^{er}
	Champ d'application
	Article L. 631-1 nouveau
	Les dispositions du présent titre s'appliquent aux travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 qui ne relèvent pas des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1.
	Chapitre 2
	Assurance invalidité et décès
Article L. 635-5	Article L. 632-1 nouveau
<p>Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 attribue aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.</p> <p>(...)</p>	<p>Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 à l'article L. 631-1 attribue aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie à laquelle elles sont rattachées. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné leur régime.</p> <p>(...)</p>

Article L. 635-6	Article L. 632-2 nouveau
Les conditions d'attribution, de révision, et les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension sont déterminées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel.	Les conditions d'attribution, de révision, et les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension sont déterminées par un règlement de la caisse nationale compétente un règlement du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants approuvé par arrêté ministériel.
	Article L. 632-3 nouveau
	Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4.
	Chapitre 3
	Cotisations d'assurance vieillesse
Article L. 633-10	Article L. 633-1 nouveau
Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont assises pour partie sur le revenu d'activité, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3, et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. La somme des taux de ces cotisations est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas du même article L. 241-3. Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. (le reste sans changement)	Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles d'assurance vieillesse dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 633-1 ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont assises pour partie sur le revenu d'activité, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3, et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. La somme des taux de ces cotisations est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et quatrième alinéas du même article L. 241-3. Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. (le reste sans changement)
Article L. 633-11	Article L. 633-11 modifié
Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 633-10 peut demander la prise en compte, par le régime prévu au titre Ier du présent livre, de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment : - les conditions dans lesquelles les demandes doivent être	Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 633-10 peut demander la prise en compte, par le régime prévu au titre Ier du présent livre au titre de l'assurance vieillesse prévue par les dispositions du présent titre , de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment : - les conditions dans lesquelles les demandes doivent être

<p>présentées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ; - les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs. 	<p>présentées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ; - les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.
	Chapitre 4
	Prestations d'assurance vieillesse
Article L. 634-2	Article L. 634-2 modifié
<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.</p> <p>Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.</p>	<p>Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants d'assurance vieillesse dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, aux articles L. 351-1-1 et L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, aux I et II de l'article L. 351-14-1, aux articles L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2.</p> <p>Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10 L. 633-1, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.</p>
Article L. 634-3-1	Article L. 634-3-1 modifié
<p>Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.</p>	<p>Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.</p>
Article L. 634-6	Article L. 634-6 modifié
<p>Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants et procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 et procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret.</p>

(le reste sans changement).	(le reste sans changement).
	Chapitre 5
	Assurance vieillesse complémentaire
Article L. 635-1	Article L. 635-1 modifié
<p>Toute personne relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée.</p> <p>Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment.</p> <p>La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.</p> <p>Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe.</p> <p>L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.</p>	<p>Toute personne relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée.</p> <p>Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants Le régime mentionné au premier alinéa assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur. Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment.</p> <p>La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base. La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.</p> <p>Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe.</p> <p>L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.</p>

Article L. 635-4	Article L. 635-4 modifié
<p>Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.</p>	<p>Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants prévu au présent chapitre. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.</p>
	<p align="center">Article L. 635-4-1 nouveau</p>
	<p>Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale d'assurance vieillesse, aux organismes mentionnés aux articles L. 215-5 et L. 752-4.</p>
Article L. 640-1	Article L. 640-1 modifié
<p>Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes :</p> <p>1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, auxiliaire médical ;</p> <p>2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire ou habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire, agent général d'assurances ;</p> <p>3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.</p>	<p>Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes :</p> <p>1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, auxiliaire médical, psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes ;</p> <p>2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire ou habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire, agent général d'assurances ;</p> <p>3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les</p>

	<p><i>avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.</i></p> <p>3° architecte, géomètre, ingénieur-conseil ;</p> <p>4° artiste non mentionné à l'article L. 382-1 ;</p> <p>5° vétérinaire ;</p> <p>6° moniteur de ski titulaire d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre son activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel il s'adresse.</p>
Article L. 641-1	Article L. 641-1 modifié
<p>L'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales comprend une caisse nationale et des sections professionnelles, dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.</p> <p>La compétence territoriale des sections professionnelles est nationale.</p>	<p>L'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales comprend une caisse nationale et des sections professionnelles, dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.</p> <p>La compétence territoriale des sections professionnelles est nationale.</p> <p>Les dispositions des articles L. 216-1 et L. 231-5, du 1° de l'article L. 231-6-1 et des articles L. 213-12, L. 256-3, L. 272-1, L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 355-2, L. 355-3 et L. 377-2 sont applicables à ces organismes.</p>
	Article L. 642-6 nouveau
	<p>Sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles L. 243-4, L. 243-5, L. 243-6-2, L. 243-9, L. 243-11, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7 et L. 244-8-1 à L. 244-14.</p>
Article L. 133-6-10	Article L. 643-0 nouveau
<p>Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1 doivent se prononcer dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article L. 133-6-9 sur toute demande relative aux conditions d'affiliation à l'un de ces régimes ou à l'une de leurs sections professionnelles.</p> <p>Lorsqu'ils entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.</p>	<p>Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1 doivent se prononcer dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article L. 133-6-9 L. 243-6-3 sur toute demande relative aux conditions d'affiliation à l'un de ces régimes ou à l'une de leurs sections professionnelles.</p> <p>Lorsqu'ils entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.</p>
	Article L. 643-10 nouveau

	Des décrets en conseil d'Etat déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.
	Titre 7 nouveau Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs Chapitre 1^{er} Affiliation
Article L. 622-8	Article L. 671-1
Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse auquel le chef d'entreprise est affilié.	Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse auquel aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès auxquels le chef d'entreprise est affilié.
	Titre 8 nouveau Dispositions d'application
	Article L. 681-1 nouveau
	Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre VI. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 160-17	Article L. 160-17 modifié
La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est, sous réserve de l'article L. 160-18, effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin. Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les	La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est, sous réserve de l'article L. 160-18, effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin. Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou

<p>assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.</p> <p>Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.</p> <p>(...)</p>	<p>groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.</p> <p>Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.</p> <p>(...)</p>
Article L. 161-8	Article L. 161-8 modifié
<p>Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général, des régimes qui lui sont rattachés et du régime social des indépendants. Toutefois, si l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.</p> <p>Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.</p> <p>Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.</p>	<p>Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général, des régimes qui lui sont rattachés et du régime social des indépendants. Toutefois, si l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.</p> <p>Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.</p> <p>Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.</p> <p>Tant qu'elles continuent de remplir les conditions de</p>

	<p>résidence et de séjour mentionnées à l'article L. 111-2-3 et ne viennent pas à justifier de nouveau des conditions d'ouverture du droit aux mêmes prestations dans ce régime ou un autre régime, les personnes qui cessent de remplir les conditions d'activité requises pour l'affiliation à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès d'un régime dont elles relevaient jusque-là bénéficient du maintien de leur droit aux prestations en espèces pour ces risques pendant une durée déterminée par décret. Cette durée est prolongée, dans des conditions fixées par décret, pour les personnes qui relèvent des dispositions de l'article L. 5411-1 du code du travail.</p>
<p align="center">Article L. 161-18</p>	<p align="center">Article L. 161-18 modifié</p>
<p>Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par un régime d'assurance vieillesse de salariés ou le régime social des indépendants est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause.</p> <p>Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-23 du code rural et de la pêche maritime.</p>	<p>Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par un régime d'assurance vieillesse de salariés ou le régime social des indépendants le régime général et le régime des salariés agricoles est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause.</p> <p>Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-23 du code rural et de la pêche maritime.</p>
<p align="center">Article L. 162-14-1</p>	<p align="center">Article L. 162-14-1 modifié</p>
<p>I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>(...)</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1,L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation,</p>	<p>I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>(...)</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 L. 613-1, L. 621-2, L. 612-1,L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa</p>

<p>notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;</p> <p>(...)</p>	<p>modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;</p> <p>(...)</p>
Article L. 613-4	Article L. 171-2-1 nouveau
<p>Sous réserve de l'article L. 613-2, les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs indépendants non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.</p>	<p>Sous réserve de l'article L. 613-2, les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs indépendants non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.</p> <p>Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève du présent livre sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.</p>
Article L. 171-3	Article L. 171-3 nouveau
<p>Les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole sont affiliées au seul régime de leur activité principale. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans le régime de leur activité principale.</p> <p>Lorsque ces deux activités sont exercées l'une et l'autre tout au long de l'année, l'activité principale est déterminée au regard du temps consacré à chaque activité et du montant respectif des revenus professionnels retenus pour la détermination des assiettes telles que définies aux articles L. 136-3 et L. 136-4 ou, à défaut, au regard du montant respectif des recettes professionnelles prises en compte pour déterminer lesdits revenus.</p> <p>Lorsqu'une de ces deux activités est permanente et l'autre seulement saisonnière, l'activité principale est celle du régime correspondant à l'activité permanente. Toutefois, les personnes dont les revenus tirés de leurs différentes activités non salariées sont imposés dans la même catégorie fiscale sont affiliées au seul régime correspondant à cette catégorie.</p> <p>Par dérogation, les personnes affiliées simultanément au régime des non-salariés non agricoles et au régime des</p>	<p>Les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole sont affiliées au seul régime de leur activité principale. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans le régime de leur activité principale.</p> <p>Lorsque ces deux activités sont exercées l'une et l'autre tout au long de l'année, l'activité principale est déterminée au regard du temps consacré à chaque activité et du montant respectif des revenus professionnels retenus pour la détermination des assiettes telles que définies aux articles L. 136-3 et L. 136-4 ou, à défaut, au regard du montant respectif des recettes professionnelles prises en compte pour déterminer lesdits revenus.</p> <p>Lorsqu'une de ces deux activités est permanente et l'autre seulement saisonnière, l'activité principale est celle du régime correspondant à l'activité permanente. Toutefois, les personnes dont les revenus tirés de leurs différentes activités non salariées sont imposés dans la même catégorie fiscale sont affiliées au seul régime correspondant à cette catégorie.</p> <p>Par dérogation, les personnes affiliées simultanément au régime des non-salariés non agricoles et au régime des non-salariés agricoles lors de l'entrée en vigueur du présent</p>

<p>non salariés agricoles lors de l'entrée en vigueur du présent article peuvent, sur leur demande et dès lors que l'ensemble de leurs revenus professionnels non salariés ne sont pas assujettis dans la même catégorie fiscale, continuer à être affiliés à chacun de ces deux régimes dans les conditions en vigueur avant la promulgation de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le présent article n'est pas applicable aux personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole au titre de laquelle ils ont opté pour le règlement simplifié des cotisations et contributions mentionné à l'article L. 133-6-8.</p>	<p>article peuvent, sur leur demande et dès lors que l'ensemble de leurs revenus professionnels non salariés ne sont pas assujettis dans la même catégorie fiscale, continuer à être affiliés à chacun de ces deux régimes dans les conditions en vigueur avant la promulgation de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le présent article n'est pas applicable aux personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole au titre de laquelle ils ont opté pour le règlement simplifié des cotisations et contributions mentionné à l'article L. 133-6-8.</p> <p>Par dérogation à l'article L. 611-5, les personnes qui exercent simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante non agricole sont affiliées, dans le seul régime de leur activité la plus ancienne, sauf option contraire exercée dans des conditions fixées par décret. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans ce seul régime.</p> <p>Le premier alinéa ne s'applique pas:-</p> <p>1° Aux personnes dont l'une des activités est permanente et l'autre saisonnière. Ces personnes sont alors affiliées au régime qui correspond à leur activité permanente ;</p> <p>2° Aux personnes exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité entrant dans le champ d'application de l'article L. 133-6-8. Ces personnes sont affiliées et cotisent simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités.</p>
<p align="center">Article L. 622-1</p>	<p align="center">Article L. 171-6-1</p>
<p>Lorsqu'une personne exerce simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, elle est affiliée au régime d'assurance vieillesse dont relève son activité principale. Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité non salariée agricole et une activité entrant dans le champ d'application du régime prévu à l'article L. 133-6-8, elle est affiliée, cotise et ouvre droit aux avantages d'assurance vieillesse simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités.</p> <p>Lorsqu'une personne a exercé simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale.</p>	<p>Lorsqu'une personne exerce simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, elle est affiliée au régime d'assurance vieillesse dont relève son activité principale. Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité non salariée agricole et une activité entrant dans le champ d'application du régime prévu à l'article L. 133-6-8, elle est affiliée, cotise et ouvre droit aux avantages d'assurance vieillesse simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités.</p> <p>Lorsqu'une personne a exercé simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale.</p> <p>Les personnes exerçant simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant du présent livre , sont affiliées et cotisent, dans des conditions fixées par décret, au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale.</p> <p>Les personnes ayant exercé simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes relevant de</p>

	régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale.
Article L. 171-7	Article L. 171-7 modifié
En cas de faute civile ou d'infraction pénale susceptible de leur avoir causé préjudice, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peuvent se substituer aux caisses locales de leur réseau pour régler à l'amiable les litiges ou pour agir en justice pour leur compte, selon des modalités et des conditions fixées par décret.	En cas de faute civile ou d'infraction pénale susceptible de leur avoir causé préjudice, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peuvent se substituer aux caisses locales de leur réseau pour régler à l'amiable les litiges ou pour agir en justice pour leur compte, selon des modalités et des conditions fixées par décret.
	Article L. 172-2 nouveau
	La coordination entre régimes pour l'indemnisation en cas de maladie maternité est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8. Lorsqu'un assuré ne peut bénéficier des dispositions mentionnées à l'alinéa précédent et que le versement de l'indemnisation en cas de maladie maternité est subordonné par les dispositions du présent code ou du code rural et de la pêche maritime à des conditions d'affiliation, de cotisation ou de durées du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte pour la mise en œuvre de ces dispositions de l'ensemble des périodes d'affiliation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime.
Article L. 111-11	Article L. 111-11 modifié
L'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique. (...)	L'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique. (...)
Article L. 114-16-3	Article L. 114-16-3 modifié
Les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L.	Les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L.

<p>114-16-1 sont les suivants :</p> <p>(...)</p> <p>4° Les agents des organismes nationaux mentionnés au titre II du livre II du présent code désignés par le directeur ou le directeur général de chaque organisme à cet effet ; les agents de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés par son directeur à cet effet ; les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ;</p> <p>(...)</p>	<p>114-16-1 sont les suivants :</p> <p>(...)</p> <p>4° Les agents des organismes nationaux mentionnés au titre II du livre II du présent code désignés par le directeur ou le directeur général de chaque organisme à cet effet ; les agents de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés par son directeur à cet effet ; les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ;</p> <p>(...)</p>
<p>Article L. 114-23</p>	<p>Article L. 114-23 modifié</p>
<p>I. — Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.</p> <p>Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :</p> <p>(...)</p> <p>3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;</p> <p>(...)</p> <p>III. — Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du présent code, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.</p>	<p>I. — Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.</p> <p>Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :</p> <p>(...)</p> <p>3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;</p> <p>(...)</p> <p>III. — Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du présent code, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.</p>
<p>Article L. 114-24</p>	<p>Article L. 114-24 modifié</p>
<p>Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>

Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret.	Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret.
Article L. 115-9	Article L. 115-9 modifié
La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales concluent avec l'Etat une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'Etat. (...)	La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales concluent avec l'Etat une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'Etat. (...)
Article L. 123-1	Article L. 123-1 modifié
En ce qui concerne le personnel autre que les agents de direction et les agents comptables, les conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, de leurs établissements et œuvres sociales sont fixées par conventions collectives de travail et, en ce qui concerne d'une part le régime général, d'autre part le régime social des indépendants, par convention collective nationale. (...)	En ce qui concerne le personnel autre que les agents de direction et les agents comptables, les conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, de leurs établissements et œuvres sociales sont fixées par conventions collectives de travail et, en ce qui concerne d'une part le régime général, d'autre part le régime social des indépendants , par convention collective nationale. (...)
Article L. 123-2-1	Article L. 123-2-1 modifié
Les conditions de travail des praticiens conseils exerçant dans le service du contrôle médical du régime général et du régime social des indépendants font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat.	Les conditions de travail des praticiens conseils exerçant dans le service du contrôle médical du régime général et du régime social des indépendants font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat.
Article L. 134-1	Article L. 134-1 modifié
Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1, L. 644-1 et L. 921-4 du présent code et du I de l'article 1050 du code rural. Cette compensation porte sur les charges de l'assurance vieillesse au titre des droits propres. La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes. Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques. La compensation prévue au présent article est calculée sur	Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base comportant un effectif minimum. Pour les besoins de cette compensation, sont distinguées au sein du régime général les personnes visées aux articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6, L. 381-1, L. 382-1 et L. 382-31 d'une part et les personnes visées à l'article L. 611-1 d'autre part. La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes au titre des droits propres . Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres

<p>la base d'une prestation de référence et d'une cotisation moyenne ; elle est opérée après application des compensations existantes.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre les divers régimes sont fixés par arrêtés interministériels, après consultation de la commission de compensation prévue à l'article L. 114-3.</p>	<p>démographiques.</p> <p>La compensation prévue au présent article est calculée sur la base d'une prestation de référence et d'une cotisation moyenne ; elle est opérée après application des compensations existantes.</p> <p>Les soldes qui en résultent entre les divers régimes sont fixés par arrêtés interministériels, après consultation de la commission de compensation prévue à l'article L. 114-3.</p>
<p>Article L. 134-3</p>	<p>Article L. 134-3 modifié</p>
<p>Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :</p> <p>1° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 ;</p> <p>2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;</p> <p>3° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :</p> <p>1° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 ;</p> <p>1° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;</p> <p>2° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.</p> <p>Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 1° du présent article.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article L. 134-4</p>	<p>Article L. 134-4 modifié</p>
<p>Sont retracés dans les comptes de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, les soldes des charges et produits :</p> <p>1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;</p> <p>2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations</p>	<p>Sont retracés dans les comptes de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, les soldes des charges et produits :</p> <p>1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;</p> <p>1° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces</p>

<p>qui couvrent ces indemnités et ces frais ;</p> <p>3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et ces frais ;</p> <p>3° 2° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>4° 3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
Article L. 135-2	Article L. 135-2 modifié
<p>Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p> <p>2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants, dans la durée d'assurance :</p> <p>(...)</p>	<p>Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent :</p> <p>1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;</p> <p>2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants, et le régime des salariés agricoles dans la durée d'assurance :</p> <p>(...)</p>
Article L. 135-6	Article L. 135-6 modifié
<p>Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé " Fonds de réserve pour les retraites ", placé sous la tutelle de l'Etat.</p> <p>I.-Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.</p> <p>Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et au 2° de l'article L. 611-2 ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1.</p> <p>(...)</p>	<p>Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé " Fonds de réserve pour les retraites ", placé sous la tutelle de l'Etat.</p> <p>I.-Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.</p> <p>Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et au 2° de l'article L. 611-2 de l'assurance vieillesse du régime général ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1.</p> <p>(...)</p>
Article L. 136-3	Article L. 136-3 modifié
<p>Sont soumis à la contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 les revenus professionnels des travailleurs indépendants non agricoles.</p>	<p>Sont soumis à la contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 les revenus professionnels des travailleurs indépendants non agricoles.</p>

<p>La contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 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. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6.</p> <p>La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8, 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.</p>	<p>La contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 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. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6.</p> <p>La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8, 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.</p>
<p>Article L. 173-2</p>	<p>Article L. 173-2 modifié</p>
<p>Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.</p> <p>En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.</p> <p>Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p>Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code au 1° de l'article L. 200-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.</p> <p>En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.</p> <p>Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>
<p>Article L. 182-2-2</p>	<p>Article L. 182-2-2 modifié</p>
<p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.</p> <p>Le conseil est composé de :</p> <p>1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;</p> <p>2° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en son sein ;</p> <p>3° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.</p> <p>Les trois présidents visés aux alinéas précédents</p>	<p>L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.</p> <p>Le conseil est composé de :</p> <p>1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;</p> <p>2° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants de l'assemblée générale du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants en son sein ;</p> <p>3° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.</p> <p>Les trois présidents visés aux alinéas précédents</p>

<p>composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Le collège des directeurs est composé :</p> <p>1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>2° Du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;</p> <p>3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.</p> <p>Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union.</p>	<p>composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Le collège des directeurs est composé :</p> <p>1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>2° Du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;</p> <p>3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.</p> <p>Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union.</p>
Article L. 182-2-4	Article L. 182-2-4
<p>I. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :</p> <p>1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ;</p> <p>2° Négocie le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1 .</p> <p>II. - Le collège des directeurs :</p> <p>1° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;</p> <p>2° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;</p> <p>3° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1.</p> <p>Le président et le directeur général signent le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1.</p>	<p>I. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :</p> <p>1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ;</p> <p>2° Négocie le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1 .</p> <p>II. - Le collège des directeurs :</p> <p>1° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;</p> <p>2° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;</p> <p>3° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1.</p> <p>Le président et le directeur général signent le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1.</p>
Article L. 182-2-6	Article L. 182-2-6 modifié
<p>Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie.</p>	<p>Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois deux caisses nationales d'assurance maladie.</p>
Article L. 241-2	Article L. 241-2 modifié
<p>I.-La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1,</p>	<p>I.-La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1,</p>

<p>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.</p> <p>(...)</p>	<p>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.</p> <p>(...)</p>
Article L. 243-6-3	Article L. 243-6-3 modifié
<p>I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.</p> <p>(...)</p>	<p>I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des différentes catégories mentionnées au 1° de l'article L. 200-1 ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.</p> <p>(...)</p>
Article L. 311-3	Article L. 311-3 modifié
<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>(...)</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>(...)</p> <p>35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 L. 611-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux a et b du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 L. 611-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.</p> <p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>
Article L. 351-15	Article L. 351-15 modifié
<p>L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une</p>	<p>L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une</p>

<p>fraction de celle-ci à condition :</p> <p>1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;</p> <p>2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.</p> <p>La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.</p> <p>L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.</p>	<p>fraction de celle-ci à condition :</p> <p>1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;</p> <p>2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.</p> <p>La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.</p> <p>L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.</p>
<p>Livre 7 - Régimes divers - Dispositions diverses</p> <p>Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés</p> <p>Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)</p>	<p>Livre 7 - Régimes divers - Dispositions diverses</p> <p>Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés</p> <p>Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)</p>
Section II Financement – Cotisations	Section II Financement – Cotisations
Article L. 722-1	Article L. 722-1 modifié
<p>Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :</p> <p>(...)</p> <p>Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :</p> <p>1°) qu'ils aient exercé leur activité dans de telles conditions pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>2°) qu'ils soient liés par convention ou adhésion personnelle simultanément au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés des professions non agricoles, aux régimes d'assurance maladie agricoles des travailleurs salariés et non salariés et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1.</p>	<p>Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :</p> <p>(...)</p> <p>Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :</p> <p>1°) qu'ils aient exercé leur activité dans de telles conditions pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>2°) qu'ils soient liés par convention ou adhésion personnelle simultanément au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés des professions non agricoles, aux régimes et aux régimes d'assurance maladie agricoles des travailleurs salariés et non salariés et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1.</p>
Article L. 722-1-1	Article L. 722-1-1 modifié
<p>Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 722-1, demander à être affiliés au</p>	<p>Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 722-1, demander à être affiliés au</p>

<p>régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles.</p> <p>Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.</p> <p>Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5.</p> <p>Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles au moment de leur début d'activité.</p>	<p>régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles à ne pas être affiliés au régime institué par le présent chapitre.</p> <p>Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime Cette option intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.</p> <p>Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5.</p> <p>Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles à ne pas être affiliés au régime institué par le présent titre à ne pas être affiliés au régime institué par le présent titre au moment de leur début d'activité.</p>
<p>Article L. 612-3</p>	<p>Article L. 722-4 nouveau</p>
<p>Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini au présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.</p> <p>Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :</p> <p>1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ;</p> <p>2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.</p>	<p>Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini au présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %. Outre les cotisations mentionnées aux articles L. 621-1 et L. 621-2, les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1 sont redevables d'une contribution dont le taux est égal à 3,25%.</p> <p>Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :</p> <p>1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ;</p> <p>2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.</p>
<p>Article L. 722-5</p>	<p>Article L. 722-5 modifié</p>
<p>Les dispositions de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.</p>	<p>Les dispositions de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues de la contribution prévue à l'article L. 722-4.</p>
<p>Article L. 722-6</p>	<p>Article L. 722-6 modifié</p>
<p>En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont</p>	<p>En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont</p>

droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et L. 361-1, ainsi qu'à celles prévues à l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2. (...)	droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et l'article L. 361-1 , ainsi qu'à celles prévues à l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2. (...)
Article L. 722-9	Article L. 722-9 modifié
Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de coordination entre le présent régime et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code.	Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de coordination entre le présent régime et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code général .
Article L. 742-6	Article L. 742-6 modifié
Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés : 1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, du régime mentionné à l'article L. 613-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ; 2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ; 3°) les personnes qui ont exercé une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ; 4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée au 2° de l'article L. 611-1 ; 5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire soit au régime mentionné à l'article L. 611-1, soit au régime mentionné à l'article L. 640-1, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par	Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés indépendants relevant du livre VI du présent code : 1°) les personnes ayant été à la charge relevé , à quelque titre que ce soit, du régime mentionné à l'article L. 613-1 de l'assurance maladie maternité ouverte aux assurés mentionnés à l'article L. 611-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ; 2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 relevant de l'article L. 611-3 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ; 3°) les personnes qui ont exercé une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1 de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ; 4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée au 2° de l'article L. 611-1 relevant du livre VI, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1 ; 5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire soit au régime mentionné à l'article L. 611-1 à l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 , soit au régime mentionné à l'article L. 640-1, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°,

décret.	notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.
Article L. 742-7	Article L. 742-7 modifié
<p>Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 640-1.</p> <p>(...)</p>	<p>Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1 du présent livre, à l'exception des activités mentionnées aux articles L. 640-1 et L. 723-1, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 640-1, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 662-8 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 723-1.</p> <p>(...)</p>
Article L. 752-4	Article L. 752-4 modifié
<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3°) de gérer le risque vieillesse :</p> <p>a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;</p> <p>b. des salariés agricoles ;</p> <p>c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 781-2 du code rural ;</p> <p>4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>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.</p> <p>6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du</p>	<p>Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :</p> <p>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 ;</p> <p>1° bis d'assurer pour les travailleurs indépendants la gestion des risques maladie, maternité, et par délégation du conseil mentionné à l'article L. 612-1, des risques invalidité et décès ;</p> <p>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 ;</p> <p>3°) de gérer le risque vieillesse :</p> <p>a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse des assurés affiliés au régime général ;</p> <p>b. des salariés agricoles ;</p> <p>c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 781-2 du code rural ;</p> <p>4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</p> <p>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.</p> <p>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 ;</p> <p>6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du</p>

régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4.	régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4.
Article L. 752-6	Article L. 752-6 modifié
<p>Chaque caisse générale de sécurité sociale de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-cinq membres comprenant :</p> <p>1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :</p> <p>-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;</p> <p>(...)</p>	<p>Chaque caisse générale de sécurité sociale de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-cinq membres comprenant :</p> <p>1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :</p> <p>-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ;</p> <p>(...)</p>
Article L. 752-9	Article L. 752-9 modifié
<p>Chaque caisse d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-six membres comprenant :</p> <p>1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :</p> <p>-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives sur le plan national ;</p> <p>(...)</p>	<p>Chaque caisse d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-six membres comprenant :</p> <p>1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :</p> <p>-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national par les instances du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ;</p> <p>(...)</p>
Article L. 756-5	Article L. 756-5 modifié
<p>I.-Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.</p> <p>II.-Les personnes exerçant une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérées du versement de toute cotisation d'assurance vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un</p>	<p>I.-Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4 621-1.</p> <p>II.-Les personnes mentionnées à l'article L. 631-1 exerçant une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérées du versement de toute cotisation d'assurance</p>

montant fixé par décret.	vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un montant fixé par décret.
Article L. 766-2	Article L. 766-2 modifié
<p>Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont servies et prises en charge par la caisse des Français de l'étranger lorsque les soins sont dispensés lors des séjours en France des adhérents aux assurances volontaires maladie-maternité mentionnées au présent titre, à la condition que les intéressés n'aient pas droit, à un titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.</p> <p>(...)</p>	<p>Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont servies et prises en charge par la caisse des Français de l'étranger lorsque les soins sont dispensés lors des séjours en France des adhérents aux assurances volontaires maladie-maternité <i>mentionnées des travailleurs indépendants mentionnés</i> au présent titre, à la condition que les intéressés n'aient pas droit, à un titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.</p> <p>(...)</p>
Livre 1 - Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base	Livre 1 - Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement	Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement
Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations	Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations
Section 2 : Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants	<i>Section 2 : Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants</i>
Article L. 133-1-1	Article L. 133-1-1 abrogé
<p>I.-Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement pour la réalisation de cette mission, auquel ils délèguent leur signature.</p> <p>Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.</p>	<p><i>I.-Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4, en application des chapitres III et IV du titre IV du livre II, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat.</i></p> <p><i>II.-Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement pour la réalisation de cette mission, auquel ils délèguent leur signature.</i></p> <p><i>Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation des missions mentionnées à l'article L. 133-1-2.</i></p>

<p>Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'Etat.</p> <p>Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.</p> <p>Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.</p> <p>III.-Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.</p>	<p>Le directeur national participe à la préparation et au suivi de l'exécution des stipulations relatives aux objectifs et aux moyens du recouvrement des conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 conclues avec l'Etat.</p> <p>Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.</p> <p>Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.</p> <p>III. Après avis du directeur national mentionné au II du présent article, le directeur et le directeur général mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 désignent conjointement, sur proposition des directions des organismes et des caisses mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4, des responsables locaux du recouvrement relevant de ces directions. Ces responsables sont chargés, dans le respect des directives fixées par le directeur national, de la mise en œuvre des missions prévues à l'article L. 133-1-2 et de l'organisation y afférent de l'activité des caisses et organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4. Les directeurs de ces caisses et organismes leur délèguent leur signature à cette fin.</p>
Article L. 133-1-2	Article L. 133-1-2 abrogé
<p>Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :</p> <p>1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;</p> <p>2° Le calcul et l'appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;</p>	<p>Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :</p> <p>1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;</p> <p>2° Le calcul et l'appel des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;</p>

<p>3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;</p> <p>4° Le traitement des demandes et réclamations ;</p> <p>5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;</p> <p>6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;</p> <p>7° L'accueil et l'information.</p>	<p>3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées au même article L. 133-1-1 ;</p> <p>4° Le traitement des demandes et réclamations ;</p> <p>5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;</p> <p>6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale prévu au chapitre II du titre IV du présent livre, qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;</p> <p>7° L'accueil et l'information.</p>
Article L. 133-1-3	Article L. 133-1-3 abrogé
<p>Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.</p>	<p>Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions sociales des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.</p>
Article L. 133-1-4	Article L. 133-1-4 abrogé
<p>En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.</p>	<p>En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.</p>
Article L. 133-1-5	Article L. 133-1-5 abrogé
<p>Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la</p>	<p>Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la</p>

<p>Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.</p> <p>Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.</p>	<p>Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 qui éprouvent des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1.</p> <p>Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres désignés en son sein par le conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.</p>
Article L. 133-1-6	Article L. 133-1-6 abrogé
<p>La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation.</p>	<p>La comptabilisation des produits et des charges ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application de la présente section est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p> <p>L'organisme mentionné à l'article L. 225-1 combine les produits et les charges liés à ces opérations ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Il les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation.</p>
<p>Livre 1 - Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement</p> <p>Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions</p>	<p>Livre 1 - Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement</p> <p>Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions</p>

sociales	sociales
Section 2 bis : Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants	Section 2 bis : Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants
Article L. 133-6-9	Article L. 133-6-9 abrogé
<p>I. - Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.</p> <p>Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel.</p> <p>II. - La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.</p> <p>Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.</p> <p>La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.</p> <p>Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se</p>	<p>I. - Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.</p> <p>Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel.</p> <p>II. - La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.</p> <p>Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.</p> <p>La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.</p> <p>Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se</p>

<p>prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.</p> <p>Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III. - La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-1-3 ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.</p> <p>IV. - Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.</p> <p>Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et l'intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifie au demandeur dans un délai d'un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.</p>	<p>prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.</p> <p>Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>III. — La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-1-3 ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.</p> <p>IV. — Lorsque les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.</p> <p>Ce dernier peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et l'intervention des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ces organismes transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV, qui la notifie au demandeur dans un délai d'un mois, de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.</p>
<p align="center">Article L. 173-3</p>	<p align="center">Article L. 173-3 abrogé</p>
<p>Il est institué une coordination de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants avec les assurances facultatives ou volontaires prévues par la législation concernant les divers régimes de sécurité sociale. Les règles de cette coordination sont fixées par décret.</p>	<p>Il est institué une coordination de l'assurance vieillesse des travailleurs indépendants avec les assurances facultatives ou volontaires prévues par la législation concernant les divers régimes de sécurité sociale. Les règles de cette coordination sont fixées par décret.</p>
<p align="center">Livre 2 - Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</p> <p align="center">Titre 4 : Ressources</p>	<p align="center">Livre 2 - Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses</p> <p align="center">Titre 4 : Ressources</p>

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations	Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations
Section 5 : Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants	Section 5 : Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants
Article L. 611-2	Article L. 611-2 abrogé
<p>Le régime social des indépendants comprend deux branches :</p> <p>1° Assurance maladie et maternité ;</p> <p>2° Assurances vieillesse.</p> <p>Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.</p>	<p>Le régime social des indépendants comprend deux branches :</p> <p>1° Assurance maladie et maternité ;</p> <p>2° Assurances vieillesse.</p> <p>Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.</p>
Article L. 611-3	Article L. 611-3 abrogé
<p>Le régime social des indépendants comprend une caisse nationale et des caisses de base. Ces organismes de sécurité sociale dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public au profit des personnes mentionnées à l'article L. 611-1.</p>	<p>Le régime social des indépendants comprend une caisse nationale et des caisses de base. Ces organismes de sécurité sociale dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public au profit des personnes mentionnées à l'article L. 611-1.</p>
Article L. 611-4	Article L. 611-4 abrogé
<p>La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :</p> <p>1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;</p> <p>2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;</p> <p>3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;</p> <p>4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;</p> <p>5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;</p> <p>6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;</p>	<p>La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :</p> <p>1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;</p> <p>2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;</p> <p>3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;</p> <p>4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;</p> <p>5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;</p> <p>6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;</p> <p>7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;</p>

<p>7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;</p> <p>8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;</p> <p>9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;</p> <p>10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;</p> <p>11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ;</p> <p>12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;</p> <p>13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions ;</p> <p>14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1.</p> <p>La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.</p> <p>Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.</p>	<p>8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;</p> <p>9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;</p> <p>10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;</p> <p>11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ;</p> <p>12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;</p> <p>13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions ;</p> <p>14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1.</p> <p>La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.</p> <p>Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.</p>
<p>Article L. 611-5</p>	<p>Article L. 611-5 abrogé</p>
<p>La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration.</p> <p>Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables.</p> <p>Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à une ou plusieurs catégories de professions.</p> <p>L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.</p>	<p>La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration.</p> <p>Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables.</p> <p>Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à une ou plusieurs catégories de professions.</p> <p>L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.</p>
<p>Article L. 611-6</p>	<p>Article L. 611-6 abrogé</p>
<p>I. - Le directeur général est nommé par décret pour une durée de six ans après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale. Toutefois, le conseil peut, à la majorité</p>	<p>I. - Le directeur général est nommé par décret pour une durée de six ans après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale. Toutefois, le conseil peut, à la majorité des</p>

<p>des deux tiers de ses membres, formuler son opposition à la proposition de nomination présentée.</p> <p>II. - Le directeur général dirige la Caisse nationale. Il recrute le personnel de la caisse et a autorité sur lui.</p> <p>Il représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il décide des actions en justice dans les matières relevant de ses compétences propres.</p> <p>Lorsqu'il présente au conseil d'administration les propositions mentionnées à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et des produits des régimes de base, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-17 ainsi que les budgets nationaux de gestion et d'intervention, ce conseil ne peut, après avoir demandé par délibération motivée une seconde proposition, s'opposer à cette nouvelle proposition qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>Il prend les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des caisses de base et de leurs groupements et notamment celles prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2.</p> <p>III. - Il ne peut être mis fin aux fonctions du directeur général qu'après avis favorable du conseil d'administration à la majorité des deux tiers.</p>	<p>deux tiers de ses membres, formuler son opposition à la proposition de nomination présentée.</p> <p>II. - Le directeur général dirige la Caisse nationale. Il recrute le personnel de la caisse et a autorité sur lui.</p> <p>Il représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il décide des actions en justice dans les matières relevant de ses compétences propres.</p> <p>Lorsqu'il présente au conseil d'administration les propositions mentionnées à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et des produits des régimes de base, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-17 ainsi que les budgets nationaux de gestion et d'intervention, ce conseil ne peut, après avoir demandé par délibération motivée une seconde proposition, s'opposer à cette nouvelle proposition qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>Il prend les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des caisses de base et de leurs groupements et notamment celles prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2.</p> <p>III. - Il ne peut être mis fin aux fonctions du directeur général qu'après avis favorable du conseil d'administration à la majorité des deux tiers.</p>
<p>Article L. 611-7</p>	<p>Article L. 611-7 abrogé</p>
<p>I. - L'Etat conclut avec la caisse nationale, en tenant compte des conditions générales d'équilibre financier fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, pour une période minimale de quatre ans, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.</p> <p>Cette convention détermine, pour les branches et les régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que pour toute autre activité annexe exercée par la caisse nationale, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont ils disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>II. - La mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses du régime.</p> <p>III. - Un décret en Conseil d'Etat détermine la périodicité, le contenu et les signataires de la convention d'objectifs et de gestion et des contrats pluriannuels de gestion.</p>	<p>I. - L'Etat conclut avec la caisse nationale, en tenant compte des conditions générales d'équilibre financier fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, pour une période minimale de quatre ans, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.</p> <p>Cette convention détermine, pour les branches et les régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que pour toute autre activité annexe exercée par la caisse nationale, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont ils disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>II. - La mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses du régime.</p> <p>III. - Un décret en Conseil d'Etat détermine la périodicité, le contenu et les signataires de la convention d'objectifs et de gestion et des contrats pluriannuels de gestion.</p>
<p>Article L. 611-8</p>	<p>Article L. 611-8 abrogé</p>
<p>I.-Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2.</p> <p>Les missions se rapportant à la gestion du risque</p>	<p>I.-Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2.</p> <p>Les missions se rapportant à la gestion du risque</p>

<p>d'assurance maladie des professions libérales affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie.</p> <p>Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale.</p> <p>II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>d'assurance maladie des professions libérales affiliées en France métropolitaine aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie.</p> <p>Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale.</p> <p>II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 611-9	Article L. 611-9 abrogé
<p>Lorsque les caisses de base créées en application du présent titre sont appelées à fusionner, partiellement ou totalement, par le fait d'un regroupement de leurs circonscriptions, un décret fixe les modalités selon lesquelles sont attribués les biens, droits et obligations des caisses intéressées par cette fusion.</p> <p>Les opérations entraînées par ce transfert bénéficient de l'exonération prévue par l'article L. 124-3.</p>	<p>Lorsque les caisses de base créées en application du présent titre sont appelées à fusionner, partiellement ou totalement, par le fait d'un regroupement de leurs circonscriptions, un décret fixe les modalités selon lesquelles sont attribués les biens, droits et obligations des caisses intéressées par cette fusion.</p> <p>Les opérations entraînées par ce transfert bénéficient de l'exonération prévue par l'article L. 124-3.</p>
Article L. 611-9-1	Article L. 611-9-1 abrogé
<p>Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.</p> <p>Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.</p> <p>Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale.</p>	<p>Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.</p> <p>Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.</p> <p>Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale.</p>
Article L. 611-10	Article L. 611-10 abrogé
<p>Dans les circonscriptions où existent plusieurs caisses de base, la Caisse nationale peut désigner parmi elles une caisse habilitée à assumer des missions communes.</p>	<p>Dans les circonscriptions où existent plusieurs caisses de base, la Caisse nationale peut désigner parmi elles une caisse habilitée à assumer des missions communes.</p>

Article L. 611-11	Article L. 611-11 abrogé
<p>Une caisse de base peut déléguer à une autre caisse de base, avec l'accord du directeur général de la Caisse nationale ou à sa demande et pour une durée limitée éventuellement reconductible, la prise d'actes juridiques, le service de prestations ou l'exercice d'activités concourant à l'accomplissement de leurs missions.</p>	<p>Une caisse de base peut déléguer à une autre caisse de base, avec l'accord du directeur général de la Caisse nationale ou à sa demande et pour une durée limitée éventuellement reconductible, la prise d'actes juridiques, le service de prestations ou l'exercice d'activités concourant à l'accomplissement de leurs missions.</p>
Article L. 611-12	Article L. 611-12 abrogé
<p>I. – Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus au suffrage universel direct par les cotisants au titre de leur activité professionnelle d'une part, et par les retraités du régime social des indépendants ainsi que ceux des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 qui bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé auprès des caisses du régime social des indépendants d'autre part.</p> <p>Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa du présent I sont, respectivement, ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories.</p> <p>Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.</p> <p>Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque catégorie de professions mentionnée à l'article L. 611-5, au plus égal au tiers des administrateurs élus.</p> <p>II. – Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.</p>	<p>I. – Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus au suffrage universel direct par les cotisants au titre de leur activité professionnelle d'une part, et par les retraités du régime social des indépendants ainsi que ceux des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 qui bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé auprès des caisses du régime social des indépendants d'autre part.</p> <p>Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa du présent I sont, respectivement, ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories.</p> <p>Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.</p> <p>Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque catégorie de professions mentionnée à l'article L. 611-5, au plus égal au tiers des administrateurs élus.</p> <p>II. – Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.</p>
Article L. 611-13	Article L. 611-13 abrogé
<p>Sont éligibles les électeurs inscrits sur la liste électorale de la caisse de base. Les dispositions des articles L. 231-6 et L.</p>	<p>Sont éligibles les électeurs inscrits sur la liste électorale de la caisse de base. Les dispositions des articles L. 231-6 et L.</p>

<p>231-6-1, à l'exclusion du deuxième alinéa du a de son 5°, et L. 637-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses de base.</p> <p>Les fonctions d'administrateur ou d'agent salarié des organismes auxquels le régime social des indépendants a délégué certaines fonctions liées à ses missions sont incompatibles avec les fonctions d'administrateur d'une caisse du régime social des indépendants.</p> <p>Aucune limite d'âge supérieure n'est applicable aux représentants des retraités.</p>	<p>231-6-1, à l'exclusion du deuxième alinéa du a de son 5°, et L. 637-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses de base.</p> <p>Les fonctions d'administrateur ou d'agent salarié des organismes auxquels le régime social des indépendants a délégué certaines fonctions liées à ses missions sont incompatibles avec les fonctions d'administrateur d'une caisse du régime social des indépendants.</p> <p>Aucune limite d'âge supérieure n'est applicable aux représentants des retraités.</p>
Article L. 611-14	Article L. 611-14 abrogé
<p>I. - Chaque caisse de base est dotée d'un directeur et d'un agent comptable nommés par le directeur général de la caisse nationale parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Leur nomination intervient sur avis conforme du conseil d'administration de la caisse de base consulté sur une liste de trois noms établie par le directeur général. Si le conseil ne retient aucun des trois noms, le directeur général de la caisse nomme l'un des candidats figurant sur la liste.</p> <p>II. - Le directeur général de la caisse nationale peut mettre fin, pour un motif tiré de l'intérêt du service, aux fonctions des directeurs et des agents comptables des caisses de base, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision mettant fin aux fonctions ne vaut pas licenciement.</p> <p>III. - Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes où ils exercent leurs fonctions.</p>	<p>I. - Chaque caisse de base est dotée d'un directeur et d'un agent comptable nommés par le directeur général de la caisse nationale parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Leur nomination intervient sur avis conforme du conseil d'administration de la caisse de base consulté sur une liste de trois noms établie par le directeur général. Si le conseil ne retient aucun des trois noms, le directeur général de la caisse nomme l'un des candidats figurant sur la liste.</p> <p>II. - Le directeur général de la caisse nationale peut mettre fin, pour un motif tiré de l'intérêt du service, aux fonctions des directeurs et des agents comptables des caisses de base, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision mettant fin aux fonctions ne vaut pas licenciement.</p> <p>III. - Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes où ils exercent leurs fonctions.</p>
Article L. 611-15	Article L. 611-15 abrogé
<p>Les directeurs des caisses de base nomment les agents de direction de la caisse autres que l'agent comptable dans</p>	<p>Les directeurs des caisses de base nomment les agents de direction de la caisse autres que l'agent comptable dans des</p>

des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.	conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 611-16	Article L. 611-16 abrogé
<p>Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.</p> <p>Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>	<p>Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.</p> <p>Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.</p> <p>Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.</p>
Article L. 611-17	Article L. 611-17 abrogé
Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-3, L. 253-1, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-1 à L. 281-3 s'appliquent à la caisse nationale et aux caisses de base.	Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-3, L. 253-1, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-1 à L. 281-3 s'appliquent à la caisse nationale et aux caisses de base.
Article L. 611-18	Article L. 611-18 abrogé
En cas de diminution, pour quelque cause que ce soit, de la moitié au moins du nombre des administrateurs, l'autorité compétente de l'Etat peut nommer par arrêté, pour une durée qui ne peut excéder un an, un administrateur provisoire.	En cas de diminution, pour quelque cause que ce soit, de la moitié au moins du nombre des administrateurs, l'autorité compétente de l'Etat peut nommer par arrêté, pour une durée qui ne peut excéder un an, un administrateur provisoire.
Article L. 611-19	Article L. 611-19 abrogé
<p>La caisse nationale est chargée d'assurer la gestion de la trésorerie des différentes branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2.</p> <p>La gestion centralisée de la trésorerie, à partir d'un compte financier unique, ne concerne que les flux financiers afférents au régime de base obligatoire de sécurité sociale. Elle est effectuée en liaison avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention conclue entre la caisse nationale et cette agence et soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>La caisse nationale est chargée d'assurer la gestion de la trésorerie des différentes branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2.</p> <p>La gestion centralisée de la trésorerie, à partir d'un compte financier unique, ne concerne que les flux financiers afférents au régime de base obligatoire de sécurité sociale. Elle est effectuée en liaison avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention conclue entre la caisse nationale et cette agence et soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dans des conditions fixées par décret.</p>

Article L. 611-20	Article L. 611-20 abrogé
<p>La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.</p> <p>La Caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. A cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.</p> <p>La Caisse nationale peut confier aux organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 160-17 le soin d'assurer pour le compte des caisses de base le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des assurés mentionnés à l'article L. 611-1. A cette fin, elle conclut une convention avec ces organismes dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 612-8	Article L. 612-8 abrogé
<p>Les assurés retraités ainsi que leurs ayants droit bénéficiant d'une pension de réversion, dont les revenus n'excèdent pas un montant fixé chaque année par décret, sont exonérés du versement de leurs cotisations sur leur allocations ou pensions.</p> <p>Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations dans les conditions fixées par décret.</p>	<p>Les assurés retraités ainsi que leurs ayants droit bénéficiant d'une pension de réversion, dont les revenus n'excèdent pas un montant fixé chaque année par décret, sont exonérés du versement de leurs cotisations sur leur allocations ou pensions.</p> <p>Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations dans les conditions fixées par décret.</p>
Article L. 612-9	Article L. 612-9 abrogé
<p>Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.</p>	<p>Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.</p>
Article L. 612-10	Article L. 612-10 abrogé
<p>Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L133-5-5, L. 256-4 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.</p>	<p>Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L133-5-5, L. 256-4 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.</p>
Article L. 612-11	Article L. 612-11 abrogé
<p>Les dispositions des articles L. 243-4 à L. 243-6 et de</p>	<p>Les dispositions des articles L. 243-4 à L. 243-6 et de l'article</p>

<p>l'article L. 243-6-2 sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.</p>	<p>L. 243-6-2 sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.</p>
<p>Article L. 612-13</p>	<p>Article L. 612-13 abrogé</p>
<p>La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Les cotisations supplémentaires 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.</p> <p>Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré.</p> <p>Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.</p>	<p>La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Les cotisations supplémentaires 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.</p> <p>Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré.</p> <p>Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.</p> <p>Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.</p>
<p>Article L. 622-6</p>	<p>Article L. 622-6 abrogé</p>
<p>Les professions agricoles groupent les personnes non salariées désignées à l'article 1107 du code rural.</p>	<p>Les professions agricoles groupent les personnes non salariées désignées à l'article 1107 du code rural.</p>
<p>Article L. 613-2</p>	<p>Article L. 613-2 abrogé</p>
<p>Ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants non</p>	<p>Ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants non</p>

<p>agricoles :</p> <p>1°) les personnes exerçant ou ayant exercé, à titre exclusif, une activité non salariée entraînant soit leur affiliation à un régime obligatoire légal ou réglementaire de sécurité sociale de salariés, soit le bénéfice du régime des avantages sociaux complémentaires accordés aux praticiens et auxiliaires médicaux et aux bénéficiaires de l'article L. 371-1 ;</p> <p>2° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui se trouvent dans une situation impliquant leur assujettissement obligatoire aux assurances sociales du régime général en application de la section 5 du chapitre Ier du titre VIII du livre III ;</p> <p>3° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui, à la date de début de l'activité non salariée, sont affiliées aux assurances sociales du régime général en application de la section 3 du même chapitre Ier. Si l'option prévue au présent 3° n'a pas été exercée, ces personnes sont affiliées au régime mentionné au premier alinéa à compter du lendemain du dernier jour de l'année d'affiliation aux assurances sociales du régime général au cours de laquelle cette activité non salariée a débuté.</p> <p>L'option prévue aux 2° et 3° du présent article est exercée dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>agricoles :</p> <p>1°) les personnes exerçant ou ayant exercé, à titre exclusif, une activité non salariée entraînant soit leur affiliation à un régime obligatoire légal ou réglementaire de sécurité sociale de salariés, soit le bénéfice du régime des avantages sociaux complémentaires accordés aux praticiens et auxiliaires médicaux et aux bénéficiaires de l'article L. 371-1 ;</p> <p>2° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui se trouvent dans une situation impliquant leur assujettissement obligatoire aux assurances sociales du régime général en application de la section 5 du chapitre Ier du titre VIII du livre III ;</p> <p>3° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui, à la date de début de l'activité non salariée, sont affiliées aux assurances sociales du régime général en application de la section 3 du même chapitre Ier. Si l'option prévue au présent 3° n'a pas été exercée, ces personnes sont affiliées au régime mentionné au premier alinéa à compter du lendemain du dernier jour de l'année d'affiliation aux assurances sociales du régime général au cours de laquelle cette activité non salariée a débuté.</p> <p>L'option prévue aux 2° et 3° du présent article est exercée dans des conditions fixées par décret.</p>
Article L. 613-9	Article L. 613-9 abrogé
<p>Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants non agricoles comportent des prestations de base et, éventuellement, des prestations supplémentaires.</p>	<p>Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants non agricoles comportent des prestations de base et, éventuellement, des prestations supplémentaires.</p>
Article L. 613-12	Article L. 613-12 abrogé
<p>Les articles L. 160-7 et L. 160-10, le chapitre II du titre VI du livre Ier et les articles L. 314-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les articles L. 160-7 et L. 160-10, le chapitre II du titre VI du livre Ier et les articles L. 314-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

Article L. 613-13	Article L. 613-13 abrogé
<p>Les caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p> <p>Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 sont applicables au régime social des indépendants.</p>	<p>Les caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p> <p>Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 sont applicables au régime social des indépendants.</p>
Article L. 613-14	Article L. 613-14 abrogé
<p>La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2</p> <p>Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.</p>	<p>La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2</p> <p>Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.</p>
Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés	Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés
Titre 1^{er} : Régime social des indépendants	Titre 1^{er} : Régime social des indépendants
Chapitre 3 : Champ d'application et protection maladie	Chapitre 3 : Champ d'application et protection maladie
Section 4 : Prestations supplémentaires	Section 4 : Prestations supplémentaires
Article L. 613-23	Article L. 613-23 abrogé
<p>En matière de droits de timbre et d'enregistrement, l'exonération des pièces relatives à l'application du présent titre est régie par l'article 1069-I du code général des impôts. Cette exonération s'étend à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.</p>	<p>En matière de droits de timbre et d'enregistrement, l'exonération des pièces relatives à l'application du présent titre est régie par l'article 1069-I du code général des impôts. Cette exonération s'étend à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.</p>

Article L. 621-4	Article L. 621-4 abrogé
Un décret définit la notion d'activité principale mentionnée à l'article L. 622-1.	Un décret définit la notion d'activité principale mentionnée à l'article L. 622-1.
Article L. 622-2	Article L. 622-2 abrogé
Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité salariée et une activité non salariée, elle est affiliée à l'organisation d'assurance vieillesse dont relève son activité non salariée, même si cette activité est exercée à titre accessoire, sans préjudice de son affiliation au régime des travailleurs salariés. Lorsqu'une personne a cotisé simultanément à un régime de sécurité sociale en tant que salariée et à un autre régime en tant que non-salariée, les avantages qui lui sont dus au titre de ses cotisations se cumulent.	Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité salariée et une activité non salariée, elle est affiliée à l'organisation d'assurance vieillesse dont relève son activité non salariée, même si cette activité est exercée à titre accessoire, sans préjudice de son affiliation au régime des travailleurs salariés. Lorsqu'une personne a cotisé simultanément à un régime de sécurité sociale en tant que salariée et à un autre régime en tant que non-salariée, les avantages qui lui sont dus au titre de ses cotisations se cumulent.
Article L. 623-2	Article L. 623-2 abrogé
Les caisses de base du régime social des indépendants procèdent au recouvrement des cotisations selon les modalités fixées aux articles L. 133-1-1 et suivants ; en cas de défaillance, elles peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.	Les caisses de base du régime social des indépendants procèdent au recouvrement des cotisations selon les modalités fixées aux articles L. 133-1-1 et suivants ; en cas de défaillance, elles peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 633-9	Article L. 633-9 abrogé
La couverture des charges des régimes d'assurance vieillesse mentionnés à la section 1 est assurée par : 1°) les cotisations des assurés ; 2°) les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ; 3°) Une dotation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche, dans les conditions fixées à l'article L. 134-11-1 ;	La couverture des charges des régimes d'assurance vieillesse mentionnés à la section 1 est assurée par : 1°) les cotisations des assurés ; 2°) les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ; 3°) Une dotation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche, dans les conditions fixées à l'article L. 134-11-1 ;

4°) une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.	4°) une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.
Article L. 633-11-1	Article L. 633-11-1 abrogé
Sont applicables aux branches d'assurance vieillesse du régime social des indépendants et aux personnes assujetties, sous réserve d'adaptations par décret, les dispositions des articles L. 243-6, L. 243-8 et L. 256-4.	Sont applicables aux branches d'assurance vieillesse du régime social des indépendants et aux personnes assujetties, sous réserve d'adaptations par décret, les dispositions des articles L. 243-6, L. 243-8 et L. 256-4.
Article L. 634-1	Article L. 634-1 abrogé
Il est établi un alignement de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.	Il est établi un alignement de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.
Article L. 634-5	Article L. 634-5 abrogé
Les pensions ou rentes versées par l'assurance vieillesse du régime social des indépendants ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.	Les pensions ou rentes versées par l'assurance vieillesse du régime social des indépendants ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.
Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au régime social des indépendants Chapitre 7: Pénalités	Livre 6 - Régimes des travailleurs non salariés Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au régime social des indépendants <i>Chapitre 7: Pénalités</i>
Article L. 637-1	Article L. 637-1 abrogé
Les personnes condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans : -aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ;	Les personnes condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans : -aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ;

<p>-aux chambres des métiers ;</p> <p>-aux conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants.</p>	<p>-aux chambres des métiers ;</p> <p>-aux conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants.</p>
Article L. 637-2	Article L. 637-2 abrogé
<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.</p>
Article L. 642-2-1	Article L. 642-2-1 abrogé
<p>Les cotisations d'assurance vieillesse du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :</p> <p>1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du professionnel libéral ;</p> <p>2° Soit, avec l'accord du professionnel libéral, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6 du présent code, du revenu du professionnel libéral pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation, cette fraction étant appliquée à chacune des tranches prévues à l'article L. 642-1.</p> <p>Les dispositions des cinquième et avant-dernier alinéas de l'article L. 642-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou celle du professionnel libéral. Elles ne sont toutefois pas applicables au conjoint collaborateur adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.</p>	<p>Les cotisations d'assurance vieillesse du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :</p> <p>1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du professionnel libéral ;</p> <p>2° Soit, avec l'accord du professionnel libéral, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6 du présent code, du revenu du professionnel libéral pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation, cette fraction étant appliquée à chacune des tranches prévues à l'article L. 642-1.</p> <p>Les dispositions des cinquième et avant-dernier alinéas de l'article L. 642-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou celle du professionnel libéral. Elles ne sont toutefois pas applicables au conjoint collaborateur adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.</p>

<p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>
<p>Article L. 642-2-2</p>	<p>Article L. 642-2-2 abrogé</p>
<p>Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 642-2-1 peut demander la prise en compte par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 640-1 de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :</p> <p>-les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;</p> <p>-le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;</p> <p>-les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.</p>	<p>Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 642-2-1 peut demander la prise en compte par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 640-1 de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :</p> <p>-les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;</p> <p>-le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;</p> <p>-les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.</p>
<p>Article L. 651-12</p>	<p>Article L. 651-12 abrogé</p>
<p>Le défaut de production des déclarations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 651-11 entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la contribution exigible. La production d'une fausse déclaration entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la partie de la contribution qui n'a pas été versée.</p> <p>Il est appliqué une majoration par mois de retard de 1 % des contributions exigibles à chaque échéance.</p> <p>Les pénalités et majorations de retard définies au présent article sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des contributions. Elles sont</p>	<p>Le défaut de production des déclarations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 651-11 entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la contribution exigible. La production d'une fausse déclaration entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la partie de la contribution qui n'a pas été versée.</p> <p>Il est appliqué une majoration par mois de retard de 1 % des contributions exigibles à chaque échéance.</p> <p>Les pénalités et majorations de retard définies au présent article sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des contributions. Elles sont</p>

<p>exigibles après mise en demeure par ces organismes, lesquels peuvent, en cas de motif légitime, en prononcer la remise gracieuse, totale ou partielle.</p>	<p>exigibles après mise en demeure par ces organismes, lesquels peuvent, en cas de motif légitime, en prononcer la remise gracieuse, totale ou partielle.</p>
<p>Article L. 651-13</p>	<p>Article L. 651-13 abrogé</p>
<p>Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les non-salariés assujettis à la contribution de solidarité mentionnée à l'article L. 651-10 est suspendu à leur demande.</p> <p>La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés du versement de cette contribution.</p>	<p>Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les non-salariés assujettis à la contribution de solidarité mentionnée à l'article L. 651-10 est suspendu à leur demande.</p> <p>La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés du versement de cette contribution.</p>
<p>Article L. 722-2</p>	<p>Article L. 722-2 abrogé</p>
<p>Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, relèvent du régime institué par le présent chapitre, sous réserve que, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, leur activité non salariée se soit exercée dans le cadre de conventions ou dans le cadre du régime des adhésions personnelles ; ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.</p> <p>Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de vieillesse qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.</p>	<p>Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, relèvent du régime institué par le présent chapitre, sous réserve que, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, leur activité non salariée se soit exercée dans le cadre de conventions ou dans le cadre du régime des adhésions personnelles ; ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.</p> <p>Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de vieillesse qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.</p>
<p>Article L. 722-3</p>	<p>Article L. 722-3 abrogé</p>
<p>Les conjoints survivants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, sont affiliés au régime institué par le présent chapitre, sous réserve que l'activité non salariée du conjoint décédé ait satisfait à la condition prévue au premier alinéa de l'article L. 722-2. Ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.</p> <p>Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas</p>	<p>Les conjoints survivants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, sont affiliés au régime institué par le présent chapitre, sous réserve que l'activité non salariée du conjoint décédé ait satisfait à la condition prévue au premier alinéa de l'article L. 722-2. Ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.</p> <p>Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968,</p>

<p>applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de réversion qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.</p>	<p>bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de réversion qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.</p>
<p align="center">Article L. 722-4</p>	<p align="center">Article L. 722-4 abrogé</p>
<p>Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles.</p> <p>Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2.</p>	<p>Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles.</p> <p>Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2.</p>
<p align="center">Article L. 722-5-1</p>	<p align="center">Article L. 722-5-1 abrogé</p>
<p>Le cas échéant, le montant des cotisations dues par les personnes visées au 4° de l'article L. 722-1 est modulé selon des modalités fixées par décret.</p>	<p>Le cas échéant, le montant des cotisations dues par les personnes visées au 4° de l'article L. 722-1 est modulé selon des modalités fixées par décret.</p>
<p align="center">Article L. 722-7</p>	<p align="center">Article L. 722-7 abrogé</p>
<p>Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.</p>	<p>Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.</p>
<p align="center">XII de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017</p>	<p align="center">XII de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017</p> <p align="center">abrogé</p>
<p>Les travailleurs affiliés au régime social des indépendants et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8, mentionnés au 2° du X [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016.] du présent article, peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2026.</p> <p>Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à</p>	<p>Les travailleurs affiliés au régime social des indépendants et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8, mentionnés au 2° du X [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016.] du présent article, peuvent bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues à l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2026.</p> <p>Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 du</p>

<p>l'article L. 641-1 du même code et par ceux affiliés pour l'ensemble des risques au régime social des indépendants. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5 dudit code, rejoignent progressivement le taux normal du régime.</p>	<p>même code et par ceux affiliés pour l'ensemble des risques au régime social des indépendants. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5 dudit code, rejoignent progressivement le taux normal du régime.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

Malgré les hausses de fiscalité intervenues en 2014 (pour les cigarettes) et en 2017 (pour le tabac à rouler), la consommation de ces produits demeure à un niveau élevé¹ et présente toujours un coût social particulièrement lourd qui en fait la première cause de mortalité précoce. Le coût pour les finances publiques de la prise en charge des pathologies qui lui sont liées, déduction faite des recettes fiscales portant sur le tabac, est ainsi estimé à 13,9 Md€².

Il a été constaté, en analysant les données des 10 dernières années, que les augmentations faibles et échelonnées conduisent à une relative stagnation des volumes et n'ont donc pas d'effet majeur sur la diminution du nombre de consommateurs. En revanche, les données disponibles en 2017 sur l'impact de la hausse de la fiscalité décidée en 2016 sur les tabacs à rouler (qui a contribué à aligner le poids de la fiscalité sur les tabacs à rouler sur celle applicable aux cigarettes), celles sur le recul de consommation constaté au début des années 2000, et les expériences observées à l'étranger – par exemple en Grande-Bretagne et au Canada – confirment le lien direct entre une forte hausse de la fiscalité, une forte hausse du prix et une baisse effective de la consommation.

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

a) Mesure proposée en 2018

L'objectif de la mesure est d'augmenter, de manière graduée, la fiscalité applicable afin de permettre une hausse du prix du paquet de cigarettes pour le porter à 10 euros environ au 1^{er} novembre 2020.

Les prix des paquets de cigarettes, qui doivent respecter la règle du prix unique (un produit doit avoir le même prix sur l'ensemble du territoire), sont fixés librement par les fabricants de tabac : les leviers dont disposent les pouvoirs publics sont ceux de l'évolution des paramètres de la fiscalité. En majorant les accises pesant sur les produits de tabac et en prenant l'hypothèse de marge constante des fabricants de tabac, il est possible d'inciter les fabricants de tabac à augmenter les prix jusqu'à une valeur-cible.

Devant l'impossibilité de fixer directement le prix d'un paquet de tabac, et dans le but de calibrer au mieux la fiscalité pour atteindre l'objectif d'un paquet à 10 euros, la présente étude d'impact prend comme référence le prix moyen constaté en septembre 2017, soit 6,8 €. Les accises inscrites dans la loi ont donc été calculées à partir de prix et de marges constatées en moyenne et pas seulement les références des prix d'entrée de gamme ou autres, ce qui aurait présenté l'inconvénient de ne pas garantir une couverture suffisante des références de produits. **En 2018, il est proposé de faire une première étape de hausse de fiscalité des cigarettes visant à porter le prix moyen pondéré du paquet à 8,10 € en mars 2018.**

Par ailleurs, la fiscalité du tabac à rouler (TAR) et celle des cigares et cigarillos sera augmentée dans une proportion plus élevée que celle des cigarettes, afin de diminuer les risques de substitution entre produits qui peuvent déjà exister. Pour ces produits, l'objectif est une augmentation de 25 % par rapport au prix moyen constaté sur les derniers mois du premier semestre 2017 (contre +20 % pour les cigarettes). Ainsi, le prix moyen de la blague de tabac à rouler de 30 grammes passerait à 10,80 € en 2018, et la hausse-cible de prix moyen des cigares et cigarillos sera de 0,10 €.

Pour les autres produits de tabac, il est proposé une augmentation comparable à celle des cigarettes.

Cette hausse de la fiscalité prendra la forme d'une augmentation des accises pesant sur tous les produits du tabac, ainsi que celle d'une hausse des minima de perception³. La première hausse (qui sera la plus importante) aura lieu en mars 2018 et succèdera au relèvement maximal par arrêté des minima de perception en novembre 2017 (dont l'effet attendu sur les prix sera de +35 centimes sur le prix moyen et de +50 centimes sur le paquet d'entrée de gamme).

La hausse de fiscalité laissera inchangée la répartition actuelle des poids de l'accise proportionnelle (portant sur le prix) et de l'accise spécifique (montant pour 1 000 unités) dans la fiscalité, contrairement aux années suivantes. Par ailleurs, les minima de perception seront augmentés proportionnellement aux prix-cibles, en maintenant constant le rapport entre minimum de perception et la fiscalité applicable au prix moyen du produit de tabac concerné.

¹ Selon l'eurobaromètre publié par la Commission européenne en mai 2017 (« Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes »), la prévalence du tabagisme en France est la troisième plus élevée de l'UE, derrière la Grèce et la Bulgarie.

² À ce sujet, voir Kopp, 2015, « Le coût social des drogues en France », Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

³ Qui correspond à une valeur minimale de droits de consommation perçue pour 1 000 unités de produits du tabac.

Même si elle nécessite des travaux complémentaires, la mesure proposée permet d’initier un processus de convergence des prix entre France continentale et Corse. En effet, compte tenu d’une fiscalité dérogatoire par rapport au reste de la métropole, le prix moyen pondéré du paquet de cigarettes est de 5,1 € en Corse contre 6,8 € en France continentale :

- Les montants des droits de consommation du tabac sont inférieurs à ceux applicables en France continentale : par exemple en 2017, les parts proportionnelles et spécifiques pour les cigarettes sont respectivement de 49,7 % et 48,75 € en France continentale, contre 40 % et 25 € en Corse ;
- Le minimum de perception n’est pas applicable en Corse ;
- La fixation du prix de vente au détail des produits du tabac a pour seule limite que le prix ne doit pas être inférieur à une certaine fraction des prix de vente continentaux pour le même produit (75 % pour les cigarettes).

En cohérence avec ces dispositions législatives existantes, une mesure de hausse de la fiscalité du tabac mis à la consommation en Corse est également proposée. La fiscalité corse sera augmentée de manière à ce que le prix du paquet de cigarettes augmente en moyenne de 1 € en 2018, comme sur le continent.

Au-delà des objectifs de santé publique, cette hausse de fiscalité parallèle à celle menée sur le continent est nécessaire car une augmentation du prix du tabac qui serait uniquement issue de la répercussion des hausses continentales (*via* l’obligation législative portant sur le rapport des prix) bénéficierait peu à l’affectataire des droits d’accises, la Collectivité de Corse. Il est donc indispensable de prévoir une augmentation de la fiscalité applicable en Corse pour que celle-ci bénéficie à la Collectivité de Corse.

b) Impact de la mesure proposée au-delà de 2018 et chronique de prix-cibles

Les paramètres de la mesure envisagée ont été fixés en fonction de notre connaissance actuelle du marché des produits du tabac. Si les prix observés au cours de la période 2018-2020 venaient à être inférieurs aux cibles envisagées, des ajustements réglementaires ou législatifs pourraient être effectués avant 2020.

• Cigarettes

À la suite de la hausse attendue de 35 centimes du prix moyen (qui passerait à 7,1 €) permise par l’augmentation maximale du minimum de perception par arrêté, les hausses de prix visées par les relèvements successifs de la fiscalité des droits de consommation sont les suivantes :

- Une hausse de 1 € en mars 2018 ;
- Deux hausses de 0,5 €, en avril et novembre 2019 ;
- Deux hausses, respectivement de 0,5 € et 0,4 €, en avril et novembre 2020.

Lors de chacune de ces hausses, le poids de l’accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera relevé de 1 point (dans l’hypothèse d’une marge des fabricants de tabac constante). Cette accise est privilégiée pour son impact sur le rétrécissement de l’« arbre de prix » des produits du tabac : cette hausse permettra une moindre différenciation des marques de cigarettes et notamment des marques « premiums ».

• Tabac à rouler

Malgré la mesure de la dernière LFSS pour 2017, le prix moyen et la part de fiscalité moyenne du tabac à rouler demeurent inférieurs à ceux des cigarettes. Poursuivant la logique d’atténuation du risque de substitution qui existe vers ce produit de tabac, les hausses-cibles ultérieures à 2018 seront relativement plus importantes que celles du paquet de cigarettes. Ainsi, chacune des quatre hausses de fiscalité intervenant en 2019 et 2020 ont pour objectif la hausse de prix de ces produits de 0,9 €. Il est ainsi proposé de poursuivre la convergence du prix du tabac à rouler vers celui des cigarettes.

À l’instar de ce qui sera fait pour les cigarettes, lors de chacune des hausses 2019-2020, le poids de l’accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera relevé de 1 point (dans l’hypothèse d’une marge constante des fabricants de tabac).

• Cigares et cigarillos

Au regard de la faible fiscalité pesant sur ces produits (23 % sur le prix moyen contre plus de 60 % pour les cigarettes ou le tabac à rouler) et afin de lutter contre l’effet de substitution au profit de cigarillos « ressemblant » à des cigarettes, un rythme d’augmentation similaire à celui prévu pour le tabac à rouler est mis en place après la hausse initiale de 2018. Chacune des quatre hausses de fiscalité de 2019 et 2020 ont pour objectif la hausse de prix de ces produits de 0,04 €.

À la différence des autres produits de tabac et compte tenu de la forte hétérogénéité des produits appartenant à cette catégorie, il est proposé de faire porter les hausses de fiscalité intervenant en 2019 et 2020 principalement sur l’accise spécifique afin de parvenir à une forte augmentation des prix d’entrée de gamme. Ainsi, lors de chacune des hausses 2019-2020, le poids de l’accise proportionnelle dans la fiscalité totale sera abaissé de 1 point.

• **Autres produits de tabac (tabac à pipe, à priser, à mâcher)**

Pour ces produits, un rythme de hausse similaire à celui prévu pour les cigarettes est proposé. En revanche, la structure de la fiscalité de ces produits restera inchangée sur toute la période de réforme.

• **Objectifs de hausses de prix pour la période 2017-2020**

Le tableau ci-dessous récapitule les objectifs de prix-cible pour les principaux produits du tabac. Ils sont une estimation, à marge constante des fabricants de tabac, des effets de la présente mesure et de la hausse du minimum de perception intervenant en 2017 :

	2017		2018		2019		2020	
	PMP actuel	Nov.	Mars	Novembre	Avril	Novembre	Avril	Novembre
Prix cible des cigarettes (PMP en €)	6,8	7,1	8,1	8,1	8,6	9,1	9,6	10,0
augmentations (€)		≈0,35	1,00	0,00	0,50	0,50	0,50	0,40
Prix cible de la blague de TAR (PMP en €)	8,6	8,8	10,8	10,8	11,7	12,6	13,5	14,4
augmentations (€)		≈0,15	2,01	0,00	0,90	0,90	0,90	0,90
Prix cible des cigares et cigarillos (PMP en €)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
augmentations (€)		ε	0,10	0,00	0,04	0,04	0,04	0,04

1. Indexation ultérieure des parts spécifiques et minima de perception

À compter du 1^{er} novembre 2020, soit après les hausses de fiscalité présentées ci-dessus, un mécanisme d'indexation des parts spécifiques et des minima de perception sur l'indice des prix à la consommation hors tabac publié par l'Insee est également prévu.

Les montants de la part spécifique et de minimum de perception applicables à chacune des catégories de produit seront relevés, chaque année, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac constaté l'avant-dernière année précédant le relèvement. Ce relèvement ne pouvant excéder 1,8 %.

Ces deux mécanismes fiscaux sont en effet intrinsèquement liés et le minimum de perception est un outil indispensable en ce qu'il garantit un prix plancher que les industriels ne peuvent franchir, sous peine de réduire à néant leur marge.

2. Hausse de la fiscalité applicable en Corse

Selon le même calendrier et dans une même ampleur que sur le continent, la fiscalité applicable au tabac mis à la consommation en Corse sera augmentée. Ainsi, la cible de prix moyen pour le paquet de cigarettes commercialisé en Corse sera de 8,0 € en novembre 2020. Les hausses de prix ciblées par la mesure applicable en Corse seront les mêmes que sur le continent :

- Une hausse de 1 € en mars 2018 ;
- Des hausses de 0,5 € en avril et novembre 2019 ;
- Deux hausses, respectivement de 0,5 € et 0,4 €, en avril et novembre 2020.

Le même mécanisme de transposition des hausses continentales est proposé pour l'ensemble des autres produits de tabac.

À l'issue de ces hausses, en 2020, un écart fiscal entre Corse et continent perdurera en matière de produits du tabac. Cet écart étant désormais contraire au droit européen¹, un processus de convergence totale sera mis en place à partir de 2021, dans des conditions qui doivent encore faire l'objet de travaux.

Sur la période 2018-2020, l'affectation du rendement fiscal de la mesure spécifique à la Corse demeure celle prévue aujourd'hui, la collectivité territoriale de Corse. Pour les ressources de la sécurité sociale, le droit de licence des débiteurs de tabac, qui est lié à la valeur globale du marché devrait connaître une très légère augmentation au regard

¹ En effet, la directive 2011/64/UE concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés prévoit une dérogation temporaire pour la Corse, qui a pris fin le 31 décembre 2015. Cela expose la France à des contentieux (recours en manquement en particulier).

de la probable hausse du marché en valeur (fortes hausses successives du prix partiellement compensées par une baisse de la consommation).

Le tableau ci-dessous récapitule les objectifs de prix-cible pour les cigarettes en Corse :

	2017	2018		2019		2020	
	PMP actuel	Mars	Novembre	Avril	Novembre	Avril	Novembre
Prix cible des cigarettes (PMP en €)	5,1	6,1	6,1	6,6	7,1	7,6	8,0
augmentations (€)		1,0	-	0,5	0,5	0,5	0,4

c) Autres options possibles

D'autres modalités de hausses de fiscalité pesant sur les produits du tabac auraient pu être envisagées, tant en ce qui concerne le rythme de l'augmentation que la structure de fiscalité appliquée. Néanmoins, la trajectoire présentée ci-dessus a l'avantage de cumuler une hausse initiale importante et des hausses échelonnées (pour permettre aux gens d'arrêter de fumer progressivement), tout en conservant une structure de fiscalité qui ne facilite pas l'élargissement de l'« arbre de prix » des produits du tabac.

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

Cette hausse des droits de consommation du tabac à rouler constitue une modification des règles de taux d'une contribution affectée aux régimes obligatoires de base ; à ce titre, elle a sa place en LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du CSS.

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

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

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

Par ailleurs, l'assemblée de Corse a été informée de la mesure.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France

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 conforme aux règles de l'Union européenne relatives à la taxation sur le tabac, fixées par la directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article 575 A du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

PARTIE 1 : Départements d’Outre mer	
<i>PARTIE 2 : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>PARTIE 3 : Mesure non applicable</i>
<i>PARTIE 4 : Mayotte</i>	<i>PARTIE 5 : Mesure non applicable</i>
PARTIE 6 : Collectivités d’Outre mer	
<i>PARTIE 7 : Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>PARTIE 8 : Mesure non applicable</i>
<i>PARTIE 9 : Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>PARTIE 10 : Mesure non applicable</i>
<i>PARTIE 11 : Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>PARTIE 12 : Mesure non applicable</i>

IV. Évaluation des impacts**1. Impact financier global**

Les estimations de rendement reposent sur les hypothèses suivantes :

- **L’impact de la hausse des prix sur la baisse de la consommation est évalué de manière conventionnelle**, au regard de l’importance de la hausse de fiscalité. L’impact sur la consommation varie en fonction de l’élasticité de la demande au prix. Même si, dans la littérature économique, cette dernière est généralement comprise entre -0,3 et -0,5¹, dans le contexte d’une campagne d’ensemble pour réduire le tabagisme et d’une hausse soutenue et continue des prix, une hypothèse d’élasticité-prix globale de la demande comprise entre -0,6 et -0,8 est plus plausible :
 - o ce niveau serait proche des effets de la dernière hausse de la fiscalité sur les tabacs d’ampleur commensurable, qui date du début des années 2000 ;
 - o il est également cohérent avec les effets de la hausse de 15 % environ des prix des tabacs à rouler à la suite de la hausse de fiscalité décidée en LFSS 2017, qui a conduit à une baisse des volumes vendus dans le réseau légal de 8 %, soit une élasticité-prix de la demande de -0,5, alors que plusieurs facteurs justifieraient de retenir un effet supérieur dans le cas présent :
 - l’importante ampleur de la mesure ;
 - son caractère global, puisqu’elle porterait sur tous les produits dans une logique affirmée de réduction de la consommation ;
 - les fortes incitations à adopter des comportements d’évitement qui résulteront de cette hausse et supposent des mesures spécifiques (voir *infra*).

L’élasticité retenue dans le tableau de présentation ci-dessous est ainsi de -0,75. Il est à noter que l’élasticité retenue ici est une élasticité moyenne, alors même que les variations de consommation pourraient être différentes non seulement par type de cigarettes mais également entre cigarettes et autres produits du tabac. Toutefois, pour l’estimation du rendement lié à la hausse de fiscalité en Corse, une élasticité conventionnelle de -0,85 a été retenue afin de tenir compte de la plus grande augmentation de la fiscalité, en valeur absolue.

¹ En particulier, la méta-analyse de Gallet et List (2003) étudie 523 élasticités prix et montre que l’élasticité de la demande au prix est estimée en moyenne à -0,48.

- **L'impact présenté ici est estimé hors effet d'anticipation.** Or, un probable effet d'anticipation de la part des consommateurs pourrait conduire à un surcroît de mises à la consommation à fin 2017 et une diminution début 2018. Cet effet réduirait le gain total de la mesure sur la période 2017-2018, les achats anticipés étant moins taxés.
- **Le niveau de marge pour le fabricant est supposé constant.** Il est ainsi fait l'hypothèse que les hausses seraient intégralement répercutées dans les prix. Cette hypothèse est particulièrement importante car elle conditionne l'atteinte des prix-cibles présentés ci-dessus. Toutefois, si les fabricants venaient à réduire leurs marges, conduisant ainsi les prix observés à être inférieurs aux cibles envisagées, **il sera toujours possible, par une action réglementaire ou dans des projets de loi de financement de la sécurité sociale ultérieurs, d'augmenter les montants d'accises prévus ci-dessus.**

Compte tenu de ces hypothèses, **le rendement cumulé de la mesure en 2018 (en M€)** se décomposerait ainsi :

Pour les ASSO : 510 millions d'euros

Droits de consommation sur les tabacs	501
Cigarettes	352
TAR	110
Cigares et cigarillos	40

Droit de licence	7
Cigarettes	4
Tabac à rouler	2
Cigares et cigarillos	0

Taxe fournisseurs	2
Cigarettes	1
Tabac à rouler	1
Cigares et cigarillos	0

En rythme de croisière (en année pleine), la hausse de fiscalité votée en 2018 aurait un impact positif de +604 M€ pour les ASSO.

À titre illustratif, retenir une élasticité-prix de -0,7 (resp. -0,8) pour la hausse de fiscalité 2018 générerait un gain en année pleine de 757 M€ (resp. 451) pour les ASSO.

À l'heure actuelle et étant donné les informations à notre disposition, l'évaluation de l'impact financier d'une hausse de fiscalité du tabac au-delà de 2018 nous semble particulièrement sujette à caution. Il est néanmoins envisageable de prévoir dans le projet de loi l'ensemble des hausses de fiscalité. Si les objectifs de hausse de prix n'étaient finalement pas atteints, une action réglementaire complémentaire pourrait être menée. En dernière option, des ajustements dans les prochaines LFSS pourraient également être opérés.

À cet égard, le chiffrage des effets jusqu'en 2020 nécessite de retenir des hypothèses particulièrement fortes, aucun précédent de hausses successives n'étant documenté. Or les élasticités-prix seraient sans doute différentes chaque année. Par exemple, on pourrait penser que la perception de moindres hausses plus étalées en 2019 que la forte hausse de 2018 pourrait les tirer à la baisse en valeur absolue, mais aussi à l'inverse que l'ajout d'une hausse à celle de l'année précédente pourrait les accroître encore. Pour les hausses 2019 et 2020, deux effets jouent ainsi en sens inverse sur l'élasticité prix par rapport à celle retenue pour 2018 :

- le fait que chaque hausse soit moindre devrait jouer à la baisse en valeur absolue ;
- le fait que le prix de départ de chaque hausse soit plus élevé devrait jouer à la hausse ;

Compte tenu des incertitudes liées aux comportements des fumeurs devant une hausse de fiscalité d'une telle ampleur, une élasticité-prix très légèrement décroissante a été retenue après 2018.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)					
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)					
	Coût ou moindre recette (signe -)					
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021	2022
CNAMTS		510	940	1319	1392	1392
Collectivité de Corse		5	10	18	22	22

Malgré la baisse du volume des ventes liée à l'ampleur de la hausse, les impacts financiers de la mesure proposée en Corse devrait aboutir à un rendement pérenne d'environ 22 M€ en 2022.

De nombreuses incertitudes pèsent sur la fiabilité de ce chiffrage (comportements d'achats des continentaux, comportements des fumeurs devant une hausse de fiscalité d'une telle ampleur, réaction des fabricants de tabac...), il a été retenu l'hypothèse conventionnelle que chaque hausse de fiscalité aurait le même effet sur les volumes mis à la consommation et que cet effet serait supérieur à celui constaté en France continentale, soit une élasticité-prix de -0,85.

Il convient également de rappeler que le produit des droits de consommation des produits de tabac en Corse reste affecté à la collectivité de la Corse.

Dans le détail, chaque hausse de fiscalité présenterait les impacts budgétaires suivants :

Tableau récapitulatif des mesures - impact en niveau M€	2017	2018	2019	2020	2021
Total ASSO		510	940	1319	1392
dont hausse de fiscalité 2018		510	604	604	604
dont hausses de fiscalité 2019			336	413	413
dont hausses de fiscalité 2020				303	376
Total Collectivité de Corse		5	10	18	22
dont hausse de fiscalité 2018		5	6	6	6
dont hausses de fiscalité 2019			4	8	8
dont hausses de fiscalité 2020				4	8
Total		515	950	1337	1414

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

a) impacts économiques

Le tabac présente un coût social particulièrement lourd qui en fait la première cause de mortalité précoce. Le coût pour les finances publiques de la prise en charge des pathologies qui lui sont liées, déduction faite des recettes fiscales portant sur le tabac, est quant à lui estimé à 13,9 Md€¹. Cette mesure aura une incidence sur les volumes de tabac mis à la consommation. Elle conduira par ailleurs à approcher le rendement de la fiscalité sur le tabac du coût social² de ce dernier, et permettra donc d'internaliser une partie des externalités négatives liées à sa consommation.

¹ À ce sujet, voir Kopp, 2015, « Le coût social des drogues en France », Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

² Le coût social représente les externalités négatives, c'est-à-dire le coût supporté par la collectivité engendré par la consommation de certains produits. En l'espèce, il est composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, moins les économies de retraites non versées)

b) impacts sociaux

Cette mesure contribuerait utilement à répondre aux objectifs du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, diminuer de 10 % la prévalence tabagique d'ici 2019 et construire une « génération sans tabac » d'ici à 2032. La mesure envisagée permettra donc, en augmentant le poids global de la fiscalité sur le tabac, de diminuer fortement les volumes mis à la consommation (jusqu'à -20 % pour les cigarettes en 2020 en retenant une hypothèse d'élasticité des volumes aux prix de -0,75). Des exemples internationaux illustrent les effets de la politique fiscale : ainsi, en Grande-Bretagne, le prix d'un paquet de cigarettes se trouve autour de 11 euros, le nombre de fumeurs est passé sous la barre des 20% de la population en 10 ans contre près de 29 % de fumeurs quotidiens aujourd'hui en France.

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

Cette mesure s'applique indifféremment aux fumeurs et fumeuses de produits de tabac.

- **impact sur les jeunes**

Les jeunes sont la cible prioritaire de cette mesure : elle est particulièrement protectrice des adolescents et jeunes adultes car elle diminue l'accessibilité du tabac.

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

Cette mesure n'a pas d'impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

En ayant un impact sur les volumes mis à la consommation, cette mesure réduira les déchets en provenance des produits du tabac et aura donc un effet positif sur l'environnement.

Pour la seule ville de Paris, ils représentent chaque année 350 tonnes de déchets polluants, soit 388 millions de cigarettes. Selon la mairie de Paris, 1 mégot pollue 8 litres d'eau.

À titre de comparaison, les autorités locales en Angleterre ont dépensé, en 2007, 342 millions de livres sterling en ramassage des déchets de cigarettes dans les rues.

Toutes les mesures concourant à la réduction du tabagisme ont donc un impact positif sur l'environnement.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés**a) impacts sur les assurés / les redevables, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives**

La mesure envisagée ne consiste qu'en un ajustement paramétrique des niveaux des droits d'accises, ce qui ne modifiera pas les conditions selon lesquelles sont déclarés et payés ces droits.

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

Les opérateurs et les services sont informés que l'arrêté portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France sera publié au JO.

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

La mesure envisagée représente un produit nouveau pour la caisse affectataire. Les accises étant recouvrées par la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), la mesure est sans impact particulier sur l'organisation des caisses.

Dans la mesure où cette augmentation s'accompagne de la mise en œuvre d'un plan de lutte contre les achats illicites du tabac, les services répressifs de l'État (police, gendarmerie, douane) seront mobilisés et les services de la DGDDI pourraient être mis à contribution.

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.

La mesure sera appliquée à compter de l'entrée en vigueur du premier arrêté d'homologation des prix en 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Le site internet de la DGDDI informera des évolutions de la fiscalité.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du plan national de réduction du tabagisme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code général des impôts																																											
Chapitre IV : Tabacs																																											
Section I : Tabacs																																											
II : Régime fiscal																																											
Article 575 A actuel	Article 575 A modifié (version en vigueur du 1er mars 2018 au 31 mars 2019)																																										
<p>Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Groupe de produits</th> <th style="text-align: center;">Taux proportionnel (en %)</th> <th style="text-align: center;">Part spécifique (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cigarettes</td> <td style="text-align: center;">49,7</td> <td style="text-align: center;">48,75</td> </tr> <tr> <td>Cigares et cigarillos</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td style="text-align: center;">37,7</td> <td style="text-align: center;">67,5</td> </tr> <tr> <td>Autres tabacs à fumer</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">17</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à priser</td> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à mâcher</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 € pour mille cigarettes et à 92 € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p>Il est fixé par kilogramme à 167 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 € pour les autres tabacs à fumer.</p>	Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)	Cigarettes	49,7	48,75	Cigares et cigarillos	23	19	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	37,7	67,5	Autres tabacs à fumer	45	17	Tabacs à priser	50	0	Tabacs à mâcher	35	0	<p>Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Groupe de produits</th> <th style="text-align: center;">Taux proportionnel (en %)</th> <th style="text-align: center;">Part spécifique (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cigarettes</td> <td style="text-align: center;">50,8</td> <td style="text-align: center;">59,9</td> </tr> <tr> <td>Cigares et cigarillos</td> <td style="text-align: center;">30,5</td> <td style="text-align: center;">31,4</td> </tr> <tr> <td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td style="text-align: center;">44,5</td> <td style="text-align: center;">68,5</td> </tr> <tr> <td>Autres tabacs à fumer</td> <td style="text-align: center;">48,1</td> <td style="text-align: center;">21,5</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à priser</td> <td style="text-align: center;">53,8</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à mâcher</td> <td style="text-align: center;">37,6</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 261 € pour mille cigarettes et à 92 166 € € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p>Il est fixé par kilogramme à 167 218 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 99 € pour les autres tabacs à fumer.</p>	Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)	Cigarettes	50,8	59,9	Cigares et cigarillos	30,5	31,4	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	44,5	68,5	Autres tabacs à fumer	48,1	21,5	Tabacs à priser	53,8	0	Tabacs à mâcher	37,6	0
Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)																																									
Cigarettes	49,7	48,75																																									
Cigares et cigarillos	23	19																																									
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	37,7	67,5																																									
Autres tabacs à fumer	45	17																																									
Tabacs à priser	50	0																																									
Tabacs à mâcher	35	0																																									
Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)																																									
Cigarettes	50,8	59,9																																									
Cigares et cigarillos	30,5	31,4																																									
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	44,5	68,5																																									
Autres tabacs à fumer	48,1	21,5																																									
Tabacs à priser	53,8	0																																									
Tabacs à mâcher	37,6	0																																									

	Article 575 A modifié (version du 1er avril 2019 au 31 octobre 2019)																					
	<p>Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <table border="1" data-bbox="783 456 1401 1247"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 456 1018 607">Groupe de produits</th> <th data-bbox="1018 456 1227 607">Taux proportionnel (en %)</th> <th data-bbox="1227 456 1401 607">Part spécifique (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="783 607 1018 692">Cigarettes</td> <td data-bbox="1018 607 1227 692">51,7</td> <td data-bbox="1227 607 1401 692">61,1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 692 1018 808">Cigares et cigarillos</td> <td data-bbox="1018 692 1227 808">32,3</td> <td data-bbox="1227 692 1401 808">38,5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 808 1018 958">Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td data-bbox="1018 808 1227 958">45,6</td> <td data-bbox="1227 808 1401 958">72,5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 958 1018 1075">Autres tabacs à fumer</td> <td data-bbox="1018 958 1227 1075">49,0</td> <td data-bbox="1227 958 1401 1075">23,4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1075 1018 1160">Tabacs à priser</td> <td data-bbox="1018 1075 1227 1160">55,0</td> <td data-bbox="1227 1075 1401 1160">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1160 1018 1247">Tabacs à mâcher</td> <td data-bbox="1018 1160 1227 1247">38,5</td> <td data-bbox="1227 1160 1401 1247">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 279 € pour mille cigarettes et à 192 € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p>Il est fixé par kilogramme à 239 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 108 € pour les autres tabacs à fumer.</p>	Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)	Cigarettes	51,7	61,1	Cigares et cigarillos	32,3	38,5	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	45,6	72,5	Autres tabacs à fumer	49,0	23,4	Tabacs à priser	55,0	0	Tabacs à mâcher	38,5	0
Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)																				
Cigarettes	51,7	61,1																				
Cigares et cigarillos	32,3	38,5																				
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	45,6	72,5																				
Autres tabacs à fumer	49,0	23,4																				
Tabacs à priser	55,0	0																				
Tabacs à mâcher	38,5	0																				
	Article 575 A modifié (version en vigueur du 1er novembre 2019 au 31 mars 2020)																					
	<p>Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <table border="1" data-bbox="783 1942 1401 2054"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 1942 1018 2054">Groupe de produits</th> <th data-bbox="1018 1942 1227 2054">Taux proportionnel</th> <th data-bbox="1227 1942 1401 2054">Part spécifique</th> </tr> </thead> </table>	Groupe de produits	Taux proportionnel	Part spécifique																		
Groupe de produits	Taux proportionnel	Part spécifique																				

	(en %)	(en euros)
Cigarettes	52,7	62,0
Cigares et cigarillos	33,8	46,2
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	46,7	76,2
Autres tabacs à fumer	49,9	25,3
Tabacs à priser	56,2	0
Tabacs à mâcher	39,3	0
<p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 297 € pour mille cigarettes et à 219 € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p>Il est fixé par kilogramme à 260 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 117 € pour les autres tabacs à fumer.</p>		
<p>Article 575 A modifié (version en vigueur du 1er avril 2020 au 31 octobre 2020)</p>		
<p>Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p>		
Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	53,6	62,5
Cigares et cigarillos	34,9	54,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	47,7	79,3
Autres tabacs à	50,6	27,2

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="783 143 1018 199">fumer</td> <td data-bbox="1018 143 1227 199"></td> <td data-bbox="1227 143 1401 199"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 199 1018 286">Tabacs à priser</td> <td data-bbox="1018 199 1227 286">57,1</td> <td data-bbox="1227 199 1401 286">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 286 1018 374">Tabacs à mâcher</td> <td data-bbox="1018 286 1227 374">40,0</td> <td data-bbox="1227 286 1401 374">0</td> </tr> </table> <p data-bbox="783 398 1401 495">Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 314 € pour mille cigarettes et à 245 € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p data-bbox="783 517 1401 613">Il est fixé par kilogramme à 281 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 126 € pour les autres tabacs à fumer.</p>	fumer			Tabacs à priser	57,1	0	Tabacs à mâcher	40,0	0												
fumer																						
Tabacs à priser	57,1	0																				
Tabacs à mâcher	40,0	0																				
	<p data-bbox="820 734 1364 801">Article 575 A modifié (version en vigueur à compter du 1er novembre 2020)</p>																					
	<p data-bbox="783 864 1401 987">Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 1010 1018 1160">Groupe de produits</th> <th data-bbox="1018 1010 1227 1160">Taux proportionnel (en %)</th> <th data-bbox="1227 1010 1401 1160">Part spécifique (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="783 1160 1018 1247">Cigarettes</td> <td data-bbox="1018 1160 1227 1247">54,6</td> <td data-bbox="1227 1160 1401 1247">62,7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1247 1018 1357">Cigares et cigarillos</td> <td data-bbox="1018 1247 1227 1357">35,9</td> <td data-bbox="1227 1247 1401 1357">63,3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1357 1018 1507">Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td data-bbox="1018 1357 1227 1507">48,7</td> <td data-bbox="1227 1357 1401 1507">82,1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1507 1018 1617">Autres tabacs à fumer</td> <td data-bbox="1018 1507 1227 1617">51,3</td> <td data-bbox="1227 1507 1401 1617">29,1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1617 1018 1704">Tabacs à priser</td> <td data-bbox="1018 1617 1227 1704">58,0</td> <td data-bbox="1227 1617 1401 1704">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1704 1018 1792">Tabacs à mâcher</td> <td data-bbox="1018 1704 1227 1792">40,6</td> <td data-bbox="1227 1704 1401 1792">0</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="783 1827 1401 1924">Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 333 € pour mille cigarettes et à 271 € pour mille cigares ou cigarillos.</p> <p data-bbox="783 1946 1401 2042">Il est fixé par kilogramme à 302 € pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 134 € pour les autres tabacs à fumer.</p>	Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)	Cigarettes	54,6	62,7	Cigares et cigarillos	35,9	63,3	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	48,7	82,1	Autres tabacs à fumer	51,3	29,1	Tabacs à priser	58,0	0	Tabacs à mâcher	40,6	0
Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)																				
Cigarettes	54,6	62,7																				
Cigares et cigarillos	35,9	63,3																				
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	48,7	82,1																				
Autres tabacs à fumer	51,3	29,1																				
Tabacs à priser	58,0	0																				
Tabacs à mâcher	40,6	0																				

	<p>Les montants de part spécifique et de minimum de perception de chacun des groupes de produits sont relevés au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Cette proportion est exprimée avec un chiffre significatif après la virgule, ce dernier étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,8 %. Le tarif est publié au <i>Journal Officiel</i> par arrêté du ministre chargé du budget.</p>																																				
<p>Article 575 E bis actuel</p>	<p>Article 575 E bis modifié (version en vigueur du 1er mars 2018 au 31 mars 2019)</p>																																				
<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <p>(En pourcentage)</p> <table border="1" data-bbox="178 1279 802 2069"> <thead> <tr> <th>GROUPE DE PRODUITS</th> <th>TAUX PROPORTIONNEL (en %)</th> <th>PART SPÉCIFIQUE (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cigarettes</td> <td>40</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Cigares et cigarillos</td> <td>10</td> <td>18,5</td> </tr> <tr> <td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td>15</td> <td>22,5</td> </tr> <tr> <td>Autres tabacs à fumer</td> <td>25</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à priser</td> <td>20</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)	Cigarettes	40	25	Cigares et cigarillos	10	18,5	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	15	22,5	Autres tabacs à fumer	25	0	Tabacs à priser	20	0	<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <p>(En pourcentage)</p> <table border="1" data-bbox="828 1279 1449 2029"> <thead> <tr> <th>GROUPE DE PRODUITS</th> <th>TAUX PROPORTIONNEL (en %)</th> <th>PART SPÉCIFIQUE (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cigarettes</td> <td>42,9</td> <td>32,5</td> </tr> <tr> <td>Cigares et cigarillos</td> <td>15,2</td> <td>27,5</td> </tr> <tr> <td>Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td>21,7</td> <td>34,4</td> </tr> <tr> <td>Autres tabacs à fumer</td> <td>30,3</td> <td>5,8</td> </tr> <tr> <td>Tabacs à priser</td> <td>27,6</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)	Cigarettes	42,9	32,5	Cigares et cigarillos	15,2	27,5	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	21,7	34,4	Autres tabacs à fumer	30,3	5,8	Tabacs à priser	27,6	0
GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)																																			
Cigarettes	40	25																																			
Cigares et cigarillos	10	18,5																																			
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	15	22,5																																			
Autres tabacs à fumer	25	0																																			
Tabacs à priser	20	0																																			
GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)																																			
Cigarettes	42,9	32,5																																			
Cigares et cigarillos	15,2	27,5																																			
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	21,7	34,4																																			
Autres tabacs à fumer	30,3	5,8																																			
Tabacs à priser	27,6	0																																			

Tabacs à mâcher	15	0	Tabacs à mâcher	20,1	0
<p>II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.</p> <p>IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.</p> <p>V. – Le produit du droit de consommation est affecté à la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>			<p>II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.</p> <p>IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.</p> <p>V. – Le produit du droit de consommation est affecté à la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>		
			<p>Article 575 E bis modifié (version en vigueur du 1er avril 2019 au 31 octobre 2019)</p>		
			<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les</p>		

départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :

(En pourcentage)

GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)
Cigarettes	44,4	36,3
Cigares et cigarillos	17,8	31,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	25,1	40,4
Autres tabacs à fumer	32,9	8,7
Tabacs à priser	31,4	0
Tabacs à mâcher	22,7	0

II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.

Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.

Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.

III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.

IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse

	<p>qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.</p> <p>V. – Le produit du droit de consommation est affecté à la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>																					
	<p align="center">Article 575 E bis modifié (version en vigueur du 1er novembre 2019 au 31 mars 2020)</p>																					
	<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <p>(En pourcentage)</p> <table border="1" data-bbox="783 1055 1402 2011"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 1055 1002 1240">GROUPE DE PRODUITS</th> <th data-bbox="1002 1055 1235 1240">TAUX PROPORTIONNEL (en %)</th> <th data-bbox="1235 1055 1402 1240">PART SPÉCIFIQUE (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="783 1240 1002 1346">Cigarettes</td> <td data-bbox="1002 1240 1235 1346">45,8</td> <td data-bbox="1235 1240 1402 1346">40,1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1346 1002 1473">Cigares et cigarillos</td> <td data-bbox="1002 1346 1235 1473">20,4</td> <td data-bbox="1235 1346 1402 1473">36,4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1473 1002 1675">Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td data-bbox="1002 1473 1235 1675">28,5</td> <td data-bbox="1235 1473 1402 1675">46,3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1675 1002 1803">Autres tabacs à fumer</td> <td data-bbox="1002 1675 1235 1803">35,5</td> <td data-bbox="1235 1675 1402 1803">11,6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1803 1002 1908">Tabacs à priser</td> <td data-bbox="1002 1803 1235 1908">35,2</td> <td data-bbox="1235 1803 1402 1908">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="783 1908 1002 2011">Tabacs à mâcher</td> <td data-bbox="1002 1908 1235 2011">25,2</td> <td data-bbox="1235 1908 1402 2011">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail</p>	GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)	Cigarettes	45,8	40,1	Cigares et cigarillos	20,4	36,4	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	28,5	46,3	Autres tabacs à fumer	35,5	11,6	Tabacs à priser	35,2	0	Tabacs à mâcher	25,2	0
GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)																				
Cigarettes	45,8	40,1																				
Cigares et cigarillos	20,4	36,4																				
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	28,5	46,3																				
Autres tabacs à fumer	35,5	11,6																				
Tabacs à priser	35,2	0																				
Tabacs à mâcher	25,2	0																				

	<p>appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.</p> <p>IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.</p> <p>V. – Le produit du droit de consommation est affecté à la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>			
	<p align="center">Article 575 E bis modifié (version en vigueur du 1er avril 2020 au 31 octobre 2020)</p>			
	<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <p>(En pourcentage)</p> <table border="1" data-bbox="831 1980 1445 2051"> <thead> <tr> <th data-bbox="831 1980 1046 2051">GROUPE DE</th> <th data-bbox="1046 1980 1283 2051">TAUX</th> <th data-bbox="1283 1980 1445 2051">PART</th> </tr> </thead> </table>	GROUPE DE	TAUX	PART
GROUPE DE	TAUX	PART		

PRODUITS	PROPORTIONNEL (en %)	SPÉCIFIQUE (en euros)
Cigarettes	47,3	43,9
Cigares et cigarillos	22,9	40,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	31,9	52,3
Autres tabacs à fumer	38,1	14,5
Tabacs à priser	39	0
Tabacs à mâcher	27,8	0

II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.

Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.

Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.

III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.

IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.

V. – Le produit du droit de consommation est affecté à

	<p>la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>																					
	<p>Article 575 E bis modifié (version en vigueur à compter du 1er novembre 2020)</p>																					
	<p>I. – Les tabacs manufacturés vendus au détail ou importés dans les départements de Corse sont soumis à un droit de consommation.</p> <p>Ce droit de consommation, par dérogation aux taux mentionnés à l'article 575 A et dans la limite d'un contingent de 1 200 tonnes par an pour les cigarettes, est déterminé conformément aux deuxième à sixième alinéas de l'article 575.</p> <p>Pour les différents groupes de produits, la part spécifique pour mille unités ou mille grammes ainsi que le taux proportionnel applicables dans les départements de Corse sont fixés conformément au tableau ci-après :</p> <p>(En pourcentage)</p> <table border="1" data-bbox="831 891 1449 1854"> <thead> <tr> <th data-bbox="831 891 1046 1081">GROUPE DE PRODUITS</th> <th data-bbox="1046 891 1283 1081">TAUX PROPORTIONNEL (en %)</th> <th data-bbox="1283 891 1449 1081">PART SPÉCIFIQUE (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="831 1081 1046 1182">Cigarettes</td> <td data-bbox="1046 1081 1283 1182">48,8</td> <td data-bbox="1283 1081 1449 1182">47,6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1182 1046 1317">Cigares et cigarillos</td> <td data-bbox="1046 1182 1283 1317">25,5</td> <td data-bbox="1283 1182 1449 1317">45,4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1317 1046 1518">Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes</td> <td data-bbox="1046 1317 1283 1518">35,2</td> <td data-bbox="1283 1317 1449 1518">58,3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1518 1046 1653">Autres tabacs à fumer</td> <td data-bbox="1046 1518 1283 1653">40,8</td> <td data-bbox="1283 1518 1449 1653">17,5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1653 1046 1753">Tabacs à priser</td> <td data-bbox="1046 1653 1283 1753">42,8</td> <td data-bbox="1283 1653 1449 1753">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1753 1046 1854">Tabacs à mâcher</td> <td data-bbox="1046 1753 1283 1854">30,4</td> <td data-bbox="1283 1753 1449 1854">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>II. – Pour les cigarettes, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 75 % des prix de vente continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, les autres tabacs à fumer, les tabacs à</p>	GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)	Cigarettes	48,8	47,6	Cigares et cigarillos	25,5	45,4	Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	35,2	58,3	Autres tabacs à fumer	40,8	17,5	Tabacs à priser	42,8	0	Tabacs à mâcher	30,4	0
GROUPE DE PRODUITS	TAUX PROPORTIONNEL (en %)	PART SPÉCIFIQUE (en euros)																				
Cigarettes	48,8	47,6																				
Cigares et cigarillos	25,5	45,4																				
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	35,2	58,3																				
Autres tabacs à fumer	40,8	17,5																				
Tabacs à priser	42,8	0																				
Tabacs à mâcher	30,4	0																				

	<p>priser et les tabacs à mâcher, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal aux deux tiers des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>Pour les cigares et les cigarillos, le prix de vente au détail appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à 85 % des prix continentaux des mêmes produits.</p> <p>III. – Outre les cas prévus au 1 du I de l'article 302 D en ce qui concerne les tabacs manufacturés directement introduits dans les départements de Corse en provenance d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, le droit de consommation est également exigible soit à l'importation, soit à l'issue d'un régime suspensif de l'accise. Dans ces cas, le droit est dû par la personne qui importe les produits ou qui sort les biens du régime suspensif.</p> <p>IV. – Le droit de consommation est recouvré dans les conditions prévues par les deuxième à cinquième alinéas de l'article 575 C. A l'exclusion des tabacs directement importés dans les départements de Corse qui demeurent soumis aux dispositions de l'article 575 M, les infractions aux dispositions du présent article sont recherchées, constatées, poursuivies et réprimées comme en matière de contributions indirectes.</p> <p>V. – Le produit du droit de consommation est affecté à la collectivité de Corse pour le financement de travaux de mise en valeur de la Corse.</p> <p>VI. – Les unités de conditionnement doivent être revêtues des mentions prescrites par l'administration.</p>
--	---

Article 13 – Taxe sur les véhicules de sociétés

I. Présentation de la mesure

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

La taxe sur les véhicules de société poursuit un objectif d'encouragement à l'usage de véhicules propres. Cette taxe s'applique aux voitures de tourisme ainsi qu'aux véhicules de type camionnette destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens. Cette taxe ne s'applique pas aux poids lourds, autobus ou autocars. L'assiette de la taxe est constituée de deux composantes :

- la première est calculée en fonction du taux d'émission de dioxyde de carbone ou, à défaut, de la puissance fiscale du véhicule ;
- le barème de la seconde évolue en fonction du type de motorisation (essence ou diesel) et de l'année de première mise en circulation du véhicule ; cette seconde composante a vocation à prendre en compte les émissions d'autres types de polluants atmosphériques (oxydes d'azote, composés organiques volatils non méthaniques, particules en suspension, etc.).

1^{ère} composante : barème applicable aux véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

1^{ère} composante : barème applicable aux véhicules n'ayant pas fait l'objet d'une réception communautaire

Puissance fiscale (en chevaux-vapeur)	Tarif applicable (en euros)
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400
De 7 à 10	3 000
De 11 à 15	3 600
Supérieure à 15	4 500

2^{nde} composante : barème applicable en fonction du type de motorisation

Année de première mise en circulation du véhicule	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
De 1997 à 2000	45	400
De 2001 à 2005	45	300
De 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011	20	40

Le barème de la taxe sur les véhicules de société, codifié à l'article 1010 du code général des impôts, n'a pas évolué depuis l'introduction de la seconde composante en 2014. Le barème actuel de la première composante est quant à lui en vigueur depuis 2011. À cet égard, et compte tenu du renouvellement progressif du parc automobile, la taxe sur les véhicules de société (TVS) n'est plus adaptée aux spécifications actuelles des véhicules neufs et perd une partie de son caractère incitatif : les redevables sont assujettis à des taux moindres chaque année. La conservation de barèmes relativement datés ne remplit plus l'objectif d'encouragement à l'achat de véhicules toujours plus propres. Ceci d'autant plus que le poids de la seconde composante, censée favoriser les véhicules les plus récents, reste marginal dans le rendement global de la taxe. La dernière tranche de ce barème, qui correspond aux tarifs les plus favorables pour le redevable, est en effet particulièrement large puisqu'elle vise l'ensemble des véhicules mis en circulation depuis 2011. Il s'agit en outre d'un tarif unique qui n'évolue pas en fonction du niveau effectif des émissions de polluants atmosphériques.

S'agissant de la première composante, pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, le barème actuel s'avère peu progressif au regard du niveau moyen des émissions de dioxyde de carbone (émissions moyennes de 110,4 g/km en 2016 en France sur les véhicules neufs, selon les chiffres rapportés par l'ADEME). Il y a lieu de rappeler en outre que le règlement européen 333/2014 du 11 mars 2014 sur la réduction des émissions de dioxyde de carbone des voitures particulières neuves impose aux constructeurs une moyenne de 95 g/km d'ici fin 2020.

Au-delà de l'impact progressif du renouvellement du parc automobile et des évolutions technologiques, le barème actuel, aujourd'hui obsolète, peine à encourager l'usage de véhicules propres. Par ailleurs, il n'est plus cohérent avec les mesures récentes adoptées pour accélérer le développement des véhicules à faibles émissions qui s'articulent pour les véhicules de tourisme autour de 2 seuils : 20 g de CO₂/km et 60 g de CO₂/km.

Ainsi, le décret n° 2017-24 du 11 janvier 2017 pris pour l'application des articles L. 224-7 du code de l'environnement et L. 318-1 du code de la route définissant les critères caractérisant les véhicules à faibles et très faibles niveaux d'émissions de moins de 3,5 tonnes, dispose qu'une voiture particulière ou une camionnette, au sens de l'[article R. 311-1 du code de la route](#), est un véhicule à faibles niveaux d'émissions au sens de l'[article L. 224-7 du code de l'environnement](#) si ses émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques, mesurées dans le cadre du règlement (CE) n° 715/2007 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2007, sont inférieures ou égales à 60 grammes par kilomètre pour les émissions de dioxyde de carbone.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2017 modifie les dispositions du 4 de l'[article 39 du CGI](#) afin d'exclure des charges déductibles pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices, sauf justifications, l'amortissement des véhicules immatriculés dans la catégorie des voitures particulières pour la fraction du prix d'acquisition qui excède 18 300 euros, ou 9 900 euros pour les véhicules acquis ou loués jusqu'au 31 décembre 2016 émettant plus de 200 grammes de dioxyde de carbone (CO₂) par kilomètre. S'agissant des véhicules acquis ou loués à compter du 1^{er} janvier 2017, le plafond de déductibilité est porté à :

- 30 000 euros pour les véhicules dont le taux d'émission de CO₂ est inférieur à 20 grammes par kilomètre ;
- 20 300 euros pour les véhicules dont le taux d'émission de CO₂ est supérieur ou égal à 20 grammes et inférieur à 60 grammes par kilomètre ;
- 9 900 euros pour les véhicules acquis ou loués entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 émettant plus de 155 grammes de CO₂ par kilomètre.

Enfin, les articles D 251-1 et suivants du code de l'énergie, qui encadrent les primes à l'acquisition de véhicules propres, fixent le montant d'aide à 6 000 euros pour les véhicules présentant un taux d'émissions de CO₂ inférieur ou égal à 20 grammes par kilomètre et 1 000 euros pour les véhicules présentant un taux d'émissions de CO₂ compris entre 21 et 60 grammes de CO₂ par kilomètre.

En cohérence avec les objectifs européens rappelés ci-dessus, des marges importantes de progression existent et devraient être mobilisées, en particulier sous le seuil d'émissions de 100 g/km. Il y a donc lieu d'adapter le barème en vigueur, de manière à renforcer son effet incitatif *via* le rétablissement de la progressivité dès ses premières tranches, sur lesquelles se situe en effet l'essentiel de l'assiette actuelle.

Au-delà des effets positifs évoqués ci-dessus, une révision du barème permettrait de relever le rendement de la taxe. En effet, le produit de la taxe diminue chaque année : il s'élevait à 800 M€ en 2016 contre 930 M€ en 2012.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à réaliser une réévaluation du barème applicable de manière à renforcer sa progressivité sous le seuil de 100 g de CO₂/km et à créer une incitation au renouvellement du parc automobile au profit de véhicules propres. Il s'agit notamment d'encourager l'usage de véhicules électriques ou hybrides rechargeables ainsi que de véhicules à motorisation classique consommant moins de 100 g/km, en cohérence avec les objectifs fixés d'ici fin 2020 par le règlement européen 333/2014.

Sur la première composante, il s'agira de créer une tranche supplémentaire correspondant aux véhicules dont le taux d'émission de dioxyde de carbone est compris entre 60 et 100 g/km. Le seuil d'assujettissement à la deuxième tranche, qui correspond à un taux d'émission de 50 g/km, serait abaissé à 20 g/km. Par ailleurs, les tarifs applicables aux tranches correspondant à des taux d'émission supérieurs à 100 g/km seront révisés à la hausse (augmentation de 1 point pour les tranches correspondant à des taux de 100 à 140 g/km ; de 1,5 point pour les tranches correspondant à des taux de 140 à 200 g/km ; de 2 points pour les tranches correspondant à des taux supérieurs à 200 g/km).

Taux d'émission de dioxyde de carbone (en grammes par kilomètre)	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone (en euros)
Inférieur ou égal à 20	0
Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 60	1
Supérieur à 60 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4,5
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	6,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	13
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	19,5
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	23,5
Supérieur à 250	29

S'agissant de la seconde composante, les tranches du barème actuel seront adaptées de manière à tenir compte de la diminution des émissions résultant de l'introduction des nouvelles normes Euro (6b et 6c), applicables aux véhicules neufs depuis le 1^{er} septembre 2015 et au 1^{er} septembre 2018 (la dernière tranche actuelle, relative aux véhicules mise en circulation depuis 2011, correspond ainsi à la norme Euro 5). Afin d'éviter l'introduction de nouvelles tranches du barème, les années prises en compte évolueront de manière à inclure l'entrée en vigueur des dernières normes Euro.

Année de première mise en circulation du véhicule	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 2000	70	600
De 2000 à 2005	45	400
De 2006 à 2010	45	300
De 2011 à 2014	45	100
A compter de 2015	20	40

En cohérence avec les dispositions nationales récentes, il est également proposé de réviser l'exonération portant sur la première composante, actuellement prévue pour les véhicules hybrides dont les émissions de dioxyde de carbone sont inférieures à 110 g/km. Ainsi, cette exonération sera supprimée pour les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation gazole. La durée d'exonération sera portée de 8 à 12 trimestres pour les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation essence ; l'exonération deviendra définitive pour les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation essence dont les émissions de dioxyde de carbone sont inférieures à 60 g/km.

En compensation de l'augmentation de la durée de l'exonération, celle-ci sera restreinte aux seuls véhicules hybrides dont les émissions sont inférieures à 100 g/km. Au surplus, l'abaissement de ce seuil permettra de le mettre en cohérence avec le barème applicable (la valeur de 110 g/km ne correspond en effet à aucune tranche dans le barème de la taxe). Ce nouveau seuil correspondra en outre aux catégories usuelles de classification des véhicules en fonction des émissions de dioxydes de carbone. Ainsi, conformément à la directive européenne 1999/94/CE relative à la disponibilité d'informations sur la consommation de carburant et les émissions de CO₂, les véhicules dont les émissions sont inférieures au taux de 100 g/km bénéficient d'un étiquetage « énergie/CO₂ » de classe A, soit la note la plus élevée de l'échelle de classement.

b) Autres options possibles

Pour ce qui concerne la seconde composante de la taxe, il aurait pu être envisagé de modifier le barème applicable afin de prendre en compte l'âge du véhicule et non plus l'année de sa première mise en circulation. Il s'agirait d'instaurer un barème glissant, de manière à pérenniser à l'avenir l'incitation qu'il constitue en faveur du renouvellement du parc automobile au profit des véhicules « verts ». Par ailleurs, dans ce même objectif, la progressivité du barème devrait être renforcée pour les véhicules disposant d'une motorisation à essence dont la fiscalité est moindre que celle applicable aux véhicules diesel.

Âge du véhicule au 1 ^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la taxe est due	Essence et assimilé	Diesel et assimilé
Plus de 20 ans	180	600
Entre 15 et 19 ans	135	400
Entre 10 et 14 ans	90	300
Entre 5 et 9 ans	45	100
Moins de 5 ans	20	40

Cette nouvelle grille apparaît néanmoins moins adaptée dans la mesure où le renforcement de la fiscalité qu'elle implique ne se justifie pas intégralement par une évolution comparable des normes européennes d'émissions (dites normes Euro) qui fixent les limites d'émissions de polluants atmosphériques (hors dioxyde de carbone) par type de véhicule. En effet, les normes Euro sont fixées en référence à l'année de mise en service des véhicules (et non en fonction de leur âge), en cohérence avec le barème initial. En outre, la progressivité du nouveau barème ne correspondrait pas, dans les mêmes proportions, à la diminution des émissions prévues par les normes Euro, en particulier s'agissant des véhicules ayant une motorisation à essence. Par ailleurs, une grille se basant sur les normes Euro présente l'avantage d'être cohérente avec l'**arrêté du 21 juin 2016 établissant la nomenclature des véhicules classés en fonction de leur niveau d'émission de polluants atmosphériques en application de l'article R. 318-2 du code de la route (certificats Crit'air)**.

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

Les dispositions du présent article concernent le taux d'une contribution finançant la sécurité sociale et trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Elles auront en outre un effet sur les recettes de ces régimes et remplissent les critères mentionnés au 2° du B du V du même article.

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

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

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) ?

La mesure s'inscrit pleinement dans le cadre des directives citées au 1. du I.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article 1010 du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable
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

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
CNAF		+112	+112	+112	+112

Pour les seuls véhicules immatriculés en 2016¹, la hausse de rendement engendrée par la modification du barème est estimée à 28 M€. Dans la mesure où les véhicules immatriculés en 2016 correspondent à environ 25% des véhicules détenus par les sociétés redevables de la taxe, et en cohérence avec l'évolution constatée du parc de véhicules détenus par les personnes morales, il est possible de considérer que le rendement des mesures sera au moins équivalent à 112 M€ dans l'hypothèse où la composition du parc des véhicules soumis à la taxe serait identique à celle des ventes de l'année 2016. Il s'agit donc d'une hypothèse basse de rendement à court terme, mais d'une hypothèse crédible à moyen terme compte tenu de l'évolution rapide de la composition du parc que cette mesure vise d'ailleurs à encourager.

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

a) impacts économiques

La fiscalité est un des facteurs déterminants du choix des véhicules par les entreprises. La mesure représente une incitation au renouvellement du parc de véhicules d'entreprise, au profit de la filière automobile, sans impact majeur pour les redevables de la TVS au regard des modifications apportées au barème. La modification du barème engendrera ainsi une hausse de taxation de l'ordre de 28 € par véhicule en moyenne.

Les données de parc automobile par secteur d'activité et taille d'entreprises n'étant pas disponibles, il n'est pas possible d'estimer les impacts de la mesure par secteur et taille. Toutefois, les tableaux ci-dessous présentent les parts des différentes branches d'activités et des tailles d'entreprise dans le total du rendement actuel de la taxe sur les véhicules de société. Pour la plupart des secteurs, leur poids dans le produit total de la taxe n'est pas très éloigné de leur poids dans la valeur ajoutée ; les secteurs de l'industrie manufacturière, du commerce et des activités financières et de l'assurance contribuent toutefois proportionnellement plus au rendement de la taxe au regard de leur valeur ajoutée. De plus, le montant de taxe acquitté par redevable n'est pas significativement différent par secteur.

¹ Le chiffrage repose sur les données des seuls véhicules immatriculés en 2016, les données sur la totalité du parc automobile des personnes morales n'étant pas disponibles.

Répartition de la TVS et de la valeur ajoutée par secteur (données 2016, provisoires)			
	Nombre d'entreprises assujetties (en milliers)	Part de la TVS acquittée	Part de la valeur ajoutée
A - AGRICULTURE, SYLVICULTURE ET PÊCHE	1,1	1%	2%
B - INDUSTRIES EXTRACTIVES	0,4	0%	0%
C - INDUSTRIE MANUFACTURIÈRE	22,9	17%	11%
D - PRODUCTION ET DISTRIBUTION D'ÉLECTRICITÉ, DE GAZ, DE VAPEUR ET D'AIR CONDITIONNÉ	0,2	1%	2%
E - PRODUCTION ET DISTRIBUTION D'EAU ; ASSAINISSEMENT, GESTION DES DÉCHETS ET DÉPOLLUTION	1,3	1%	1%
F - CONSTRUCTION	21,8	9%	6%
G - COMMERCE ; RÉPARATION D'AUTOMOBILES ET DE MOTOCYCLES	41,6	26%	10%
H - TRANSPORTS ET ENTREPOSAGE	6,0	4%	5%
I - HÉBERGEMENT ET RESTAURATION	6,5	2%	3%
J - INFORMATION ET COMMUNICATION	7,3	5%	5%
K - ACTIVITÉS FINANCIÈRES ET D'ASSURANCE	15,4	10%	4%
L - ACTIVITÉS IMMOBILIÈRES	8,1	3%	13%
M - ACTIVITÉS SPÉCIALISÉES, SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES	26,0	13%	8%
N - ACTIVITÉS DE SERVICES ADMINISTRATIFS ET DE SOUTIEN	8,9	4%	6%
O - ADMINISTRATION PUBLIQUE	0,0	0%	8%
P - ENSEIGNEMENT	1,5	0%	5%
Q - SANTÉ HUMAINE ET ACTION SOCIALE	3,9	1%	9%
R - ARTS, SPECTACLES ET ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES	1,6	1%	1%
S - AUTRES ACTIVITÉS DE SERVICES	2,0	1%	2%
TOTAL	176,6	100%	100%

Sources : DGFIP, Insee

Répartition de la TVS et de la valeur ajoutée par taille d'entreprises (données 2016, provisoires)		
	Nombre d'entreprises assujetties (en milliers)	Part de la TVS acquittée
Microentreprises	84,7	21%
PME	85,0	43%
ETI	6,7	28%
Grandes entreprises	0,2	8%
TOTAL	176,6	100%

Sources : DGFIP

b) impacts sociaux

Sans objet

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

Sans objet

- **impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Le renforcement de la progressivité de la TVS au profit des véhicules propres contribuera à faire évoluer le parc automobile des entreprises en faveur de véhicules moins polluants. L'évolution de la fiscalité constitue en effet un instrument important de lutte contre la pollution de l'air et le réchauffement climatique. En cela, la mesure proposée contribue à l'atteinte des objectifs d'un « verdissement » du parc automobile, ce qui permettra de réduire de nombreuses nuisances environnementales (émissions de CO₂, de polluants atmosphériques et de particules fines). Ces nuisances créent un coût supporté par la société, notamment dans le domaine de la santé.

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

En LFSS 2017 la période d'imposition, et surtout les modalités déclaratives de la TVS, ont été simplifiées pour les redevables. Dans la majorité des cas, ces derniers doivent désormais télédéclarer leur imposition en annexe de la déclaration de TVA. Après réforme, ces démarches ne changeront pas : seule l'application du nouveau barème à compter de 2018 sera à prendre en compte.

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

Depuis la LFSS 2017, le système d'information de la DGFIP a déjà du être adapté pour permettre aux redevables de télédéclarer et télérégler la taxe. Le formulaire « papier » (n° 2855-SD) mis à disposition des redevables soumis à un régime simplifié d'imposition en matière de TVA devra être modifié pour prendre en compte le nouveau barème de la taxe.

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.

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

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

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code général des impôts											
Article 1010 actuel (en vigueur à compter du 1er janvier 2018)	Article 1010 modifié										
<p>I. - Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Sont considérés comme véhicules de tourisme les voitures particulières au sens du 1 du C de l'annexe II à la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules, ainsi que les véhicules à usages multiples qui, tout en étant classés en catégorie N1 au sens de cette même annexe, sont destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens.</p> <p>Lorsqu'elle s'applique à des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à disposition.</p> <p>Sont exonérées de cette taxe les sociétés mentionnées au premier alinéa du I à raison des véhicules accessibles en fauteuil roulant qui relèvent de la catégorie " M1 " et du 5.5 du A de l'annexe II de la directive précitée, à compter du 1er janvier 2017.</p> <p>La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire, soit à un usage agricole.</p> <p>I bis. - Le montant de la taxe est égal à la somme des deux composantes, dont le tarif est déterminé en application, respectivement, du a ou du b, d'une part, et du c, d'autre part.</p> <p>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left;">TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)</th> <th style="width: 50%; text-align: left;">TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Inférieur ou égal à 50</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)	TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	Inférieur ou égal à 50	0	<p>I. - Les sociétés sont soumises à une taxe annuelle à raison des véhicules de tourisme qu'elles utilisent en France, quel que soit l'Etat dans lequel ils sont immatriculés, ou qu'elles possèdent et qui sont immatriculés en France. Sont considérés comme véhicules de tourisme les voitures particulières au sens du 1 du C de l'annexe II à la directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 septembre 2007, établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules, ainsi que les véhicules à usages multiples qui, tout en étant classés en catégorie N1 au sens de cette même annexe, sont destinés au transport de voyageurs et de leurs bagages ou de leurs biens.</p> <p>Lorsqu'elle s'applique à des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à disposition.</p> <p>Sont exonérées de cette taxe les sociétés mentionnées au premier alinéa du I à raison des véhicules accessibles en fauteuil roulant qui relèvent de la catégorie " M1 " et du 5.5 du A de l'annexe II de la directive précitée, à compter du 1er janvier 2017.</p> <p>La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire, soit à un usage agricole.</p> <p>I bis. - Le montant de la taxe est égal à la somme des deux composantes, dont le tarif est déterminé en application, respectivement, du a ou du b, d'une part, et du c, d'autre part.</p> <p>a) Pour les véhicules ayant fait l'objet d'une réception communautaire au sens de la même directive et dont la première mise en circulation intervient à compter du 1er juin 2004, et qui n'étaient pas possédés ou utilisés par la société avant le 1er janvier 2006, le tarif applicable est le suivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left;">TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)</th> <th style="width: 50%; text-align: left;">TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Inférieur ou égal à 50 20</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>	TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)	TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)	Inférieur ou égal à 50 20	0	Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 1	1
TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)	TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)										
Inférieur ou égal à 50	0										
TAUX D'ÉMISSION DE DIOXYDE DE CARBONE (en grammes par kilomètre)	TARIF APPLICABLE par gramme de dioxyde de carbone (en euros)										
Inférieur ou égal à 50 20	0										
Supérieur à 20 et inférieur ou égal à 1	1										

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

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

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

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

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

(En euros)

à 60	
Supérieur à 50 60 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4 4,5
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5 6,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5 13
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18 19,5
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5 23,5
Supérieur à 250	27 29

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

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

Les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ~~ou au gazole~~ et les véhicules combinant l'essence à du gaz naturel carburant ou du gaz de pétrole liquéfié dont les émissions sont inférieures ou égales à ~~110~~ **100** grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru sont exonérés de la composante de la taxe prévue aux a et b pendant une période de ~~huit~~ **douze** trimestres, décomptée à partir du premier jour du premier trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule. **Cette exonération est définitive pour les véhicules dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru.**

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

ANNÉE DE PREMIÈRE MISE en circulation du véhicule	ESSENCE et assimilé	DIESEL et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 1996	70	600
De 1997 à 2000	45	400
De 2001 à 2005	45	300
De 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011	20	40

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 dudit article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de

(En euros)

ANNÉE DE PREMIÈRE MISE en circulation du véhicule	ESSENCE et assimilé	DIESEL et assimilé
Jusqu'au 31 décembre 2000	70	600
De 1997 à 2000 à 2005	45	400
De 2006 à 2010 2001 à 2005	45	300
De 2011 à 2014 2006 à 2010	45	100
A compter de 2011 2015	20	40

Les mots : "Diesel et assimilé" désignent les véhicules ayant une motorisation au gazole ainsi que les véhicules combinant une motorisation électrique et une motorisation au gazole émettant plus de ~~110~~ **100** grammes de dioxyde de carbone par kilomètre parcouru.

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 dudit article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève

<p>laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires ;</p> <p>3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A ou au régime simplifié prévu à l'article 298 bis, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due.</p> <p>IV. - La taxe n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.</p>	<p>le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires ;</p> <p>3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A ou au régime simplifié prévu à l'article 298 bis, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due.</p> <p>IV. - La taxe n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.</p>
--	--

Article 14 – Fixer les taux « Lv » et « Lh » pour 2018 et préciser les conditions d'application de la clause de sauvegarde

I. Présentation de la mesure

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fait évoluer la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), dite « clause de sauvegarde ». Elle a d'une part substitué au mécanisme de régulation global deux dispositifs distincts, visant à réguler séparément la croissance des dépenses de médicaments dispensés en ville (taux « Lv ») et ceux dispensés à l'hôpital (taux « Lh »). Elle a d'autre part modifié le mode de calcul de la contribution, en supprimant la déduction des remises conventionnelles négociées par le Comité économique des produits de santé (CEPS) des assiettes des taux « Lv » et « Lh », permettant ainsi une plus grande prévisibilité du montant de la contribution pour l'ensemble des acteurs en cas de dépassement des objectifs d'évolution fixés.

Les taux « Lv » et « Lh » sont définis chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la loi ne prévoit actuellement pas de mécanisme permettant de prendre en compte le changement de circuit de distribution d'un médicament, notamment lors d'un basculement du circuit prévoyant la rétrocession par les pharmacies à usage intérieur (PUI) vers une dispensation par les officines de ville, ou inversement. Or, toutes choses égales par ailleurs, le changement de circuit d'un médicament ayant un fort impact budgétaire pourrait entraîner le déclenchement de l'une des clauses Lv ou Lh, alors même que l'augmentation constatée des dépenses pour l'un des deux secteurs ne correspondrait pas à une réelle augmentation de la consommation globale du médicament.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à fixer le taux « Lv » à 0 % et le taux « Lh » à 3 % pour l'année 2018. Ces taux reprennent ceux retenus dans la LFSS pour 2017 et reflètent à la fois la volonté de maîtrise de l'évolution des dépenses de médicaments et la reconnaissance de l'arrivée de nouvelles innovations, qui seront principalement dispensées par les établissements de santé.

La mesure apporte en outre une modification technique à la clause de sauvegarde. Elle vise à permettre de modifier les assiettes respectives des taux « Lv » et « Lh » de l'année N-1, lorsqu'un médicament a changé de circuit de distribution au cours de l'année N. Ce dispositif conduit à réallouer les dépenses totales de l'année N-1 pour ce médicament, entre les champs Lv et Lh au prorata des dépenses constatées en année N entre les deux champs. L'effet d'un changement de circuit est donc neutralisé pour la régulation financière de fin d'année, ce qui permet à ce dispositif d'autoriser une plus grande fluidité entre les différents secteurs.

La mesure simplifie enfin le calcul de la contribution due au titre des années 2015 et 2016, en évitant de réaliser certains ajustements sur les montants déclarés pour les médicaments sous ATU. Cette simplification se justifie au regard de la fin du dispositif du taux L unique et de son remplacement, réalisé dans la LFSS pour 2017, par les taux Lv et Lh. Il serait préjudiciable d'appliquer des ajustements mineurs au titre d'un dispositif disparu alors que les appels de contribution du nouveau dispositif seraient transmis aux entreprises.

b) Autres options possibles

Une mesure alternative consisterait à anticiper, au moment de la fixation des taux « Lv » et « Lh », les changements de circuits qui seraient opérés durant l'année N. Or, lorsque des médicaments ayant un fort impact budgétaire sont déplacés d'un circuit à un autre, cela peut conduire à distordre les taux « Lv » et « Lh » de manière significative. Ainsi, un transfert de 400 M€ du champ « Lh » vers le champ « Lv » devrait conduire à dégrader le taux « Lh » retenu de 8 points environ pour que la clause « Lh » produise l'effet de régulation souhaité, ce qui ne permet pas de disposer d'un mécanisme lisible. En outre, il existe une difficulté à prévoir précisément, de manière anticipée, la date et l'effet d'un changement de circuit.

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

Le produit des contributions issues de la clause de sauvegarde est affecté au financement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ou à celui du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique (FFIP). La mesure a donc un effet sur les recettes du régime concerné et sont relatives, en tout ou partie, à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des contributions affectées à ce régime obligatoire de base. Elle relève ainsi du 1° et du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale et prend place à ce titre dans la 3e partie de la loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie des dispositions codifiées dans le livre I 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, 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 taux « Lv » et « Lh » fixés pour l'année 2018 ne doivent pas conduire au déclenchement de la clause de sauvegarde si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouvelles molécules onéreuses permettent de

rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM en construction. Toutefois, si les dépenses du champ Lh continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accroissent, la clause de sauvegarde relative à ces médicaments pourrait pour se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Le rendement théorique de cette mesure est donc nul.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		0			

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

a) impacts économiques

Les taux « Lv » et « Lh » fixés pour l'année 2018 ne doivent pas conduire au déclenchement de la clause de sauvegarde si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouvelles molécules onéreuses permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM en construction. Toutefois, si les dépenses du champ Lh continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accroissent, la clause de sauvegarde relative à ces médicaments pourrait pour se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Le rendement théorique de cette es mesures est donc nul.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact pour les assurés.

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

Sans objet.

- *impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

Cette mesure est sans impact sur les assurés, seuls les laboratoires pharmaceutiques pourraient être impactés.

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

Sans impact supplémentaire par rapport à la situation existante.

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

Sans impact supplémentaire.

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

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

Sans objet.

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

La mesure ne nécessite pas de mise en œuvre particulière par les caisses de sécurité sociale. Elle ne concerne par ailleurs pas les assurés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information n'est nécessaire.

d) Suivi de la mise en œuvre

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

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 138-10 actuel	Article L. 138-10 modifié
<p>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.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° S'agissant du taux (Lh) :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;</p> <p>c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>Ne sont toutefois pas pris en compte :</p> <p>-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 ;</p> <p>-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.</p> <p>III.-Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au</p>	<p>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.</p> <p>II.-Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :</p> <p>1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;</p> <p>2° S'agissant du taux (Lh) :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;</p> <p>c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.</p> <p>Ne sont toutefois pas pris en compte :</p> <p>-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 ;</p> <p>-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.</p> <p>III.-Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au</p>

<p>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 au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II.</p>	<p>présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues.</p> <p>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 :</p> <p>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.</p> <p>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 à nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.</p>
<p>Article L. 138-11 actuel</p>	<p>Article L. 138-11 modifié</p>
<p>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.</p>	<p>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 au 1° et au 2° du III de ce même article.</p>
<p>Article L. 138-15 actuel</p>	<p>Article L. 138-15 modifié</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

Article 15 – Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération via une taxe

I. Présentation de la mesure

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

La participation des organismes complémentaires (OC) au financement du « forfait patientèle » par le biais d'une contribution globale d'un montant annuel de 150 M€ a été initialement mise en place par la LFSS 2014 (article 4) en application de l'engagement pris par les organismes complémentaires de participer aux nouveaux modes de rémunération des médecins dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011.

L'article 36 de la LFSS pour 2016 a prorogé cette contribution pour l'année 2016 afin de couvrir la durée restant à courir de la convention médicale. Cette contribution a pris la forme d'un prélèvement pouvant être assimilé à une contribution fiscale annuelle assise sur le nombre d'assurés de chaque organisme complémentaire répondant à des critères définis, dans la limite de 5 euros par assuré.

L'article 15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 prévoit la poursuite de l'engagement financier des organismes complémentaires à hauteur de 150 M€ au titre de l'année 2017 et sa transformation, à compter de 2018, selon des modalités permettant à chaque organisme complémentaire de verser directement une contribution au médecin traitant de chacun de ses adhérents, dans le cadre de la création d'un nouveau « forfait patientèle médecin traitant ». Le financement de cette contribution doit atteindre 250 M€ en 2018.

L'article 31 de la LFSS pour 2017 a reconduit les dispositions législatives antérieures pour l'année 2017. Dans l'attente de l'aboutissement des travaux de mise au point du futur schéma de versement de la participation des organismes complémentaires, il est proposé de prolonger de nouveau en 2018 le prélèvement global de nature fiscale et d'augmenter son rendement maximal en cohérence avec l'engagement total prévu pour cette année.

La mesure proposée permet ainsi d'augmenter la participation des OC au financement du « forfait patientèle médecin traitant ». Le coût total de ce forfait est estimé à 720 M€ et les OC participeront à hauteur de 250 M€ en 2018, soit 35 % du coût total.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à proroger d'un an la contribution actuellement en vigueur et à augmenter le montant forfaitaire annuel de 5 à 8,10 euros par assuré consultant son médecin traitant. Elle met en œuvre l'engagement des organismes complémentaires, pris dès 2012, à participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte des médecins.

Cette contribution est établie, conformément aux dispositions introduites dans la LFSS pour 2017, dans une logique de capitation : 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 sera recouvrée par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'Ile-de-France et son produit sera affecté à la branche maladie du régime général. Le recouvrement de la participation est annuel.

b) Autres options possibles

Il n'existe à ce stade pas d'autre alternative opérationnelle pour la mise en œuvre de l'engagement de financement des organismes complémentaires.

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

En tant qu'elle est relative à une contribution affectée à la branche maladie du régime général, la mesure est au nombre des dispositions qui trouvent leur place en LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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 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 voit son application limitée à 2018 et ne fait pas l'objet d'une codification.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable
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 contribution instaurée à partir de 2014 a évolué en fonction de la variation des effectifs d'assurés communiqués chaque année à l'ACOSS par les organismes complémentaires assujettis à la taxe de solidarité additionnelle. Le montant de la contribution s'est élevé à 149 M€ en 2014 (29,7 millions d'assurés au 31 décembre 2013), 144 M€ en 2015 (28,8 millions d'assurés au 31 décembre 2014) et à 154 M€ en 2016 (30,8 millions d'assurés au 31 décembre 2015).

A partir des dernières données disponibles concernant les effectifs d'assurés et de manière à atteindre le montant global de contribution de 250 M€ en 2018, le montant de la contribution par contrat est fixé à 8,10 €.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
CNAM		+ 250			

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

a) impacts économiques

La mesure proroge une contribution à la charge des organismes complémentaires. Le principe de la participation de ces organismes à hauteur de 150 M€ pendant la durée d'application de la convention médicale était défini depuis 2012 par l'avenant 8 à la convention médicale de 2011. Dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016, les organismes complémentaires ont poursuivi cette démarche en s'engageant à participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte des médecins à hauteur de 250 M€.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra aux organismes complémentaires de santé de continuer à participer au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins traitants en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 250 M€.

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

Sans objet, la contribution est due au titre de tous les assurés.

- **impact sur les jeunes**

Pas d'impact.

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

Pas d'impact.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure n'aura pas d'incidence sur l'environnement.

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

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

La mesure était et reste neutre pour les médecins, qui bénéficieront dans tous les cas du forfait servi par l'assurance maladie obligatoire.

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

Le recouvrement de cette participation reste confié à l'URSSAF d'Ile-de-France, qui est l'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), dite « contribution CMU ».

Les systèmes d'information ont d'ores et déjà été modifiés pour permettre la mise en œuvre de cette mesure.

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

Aucun impact.

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

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

Sans objet, la mise en œuvre de la contribution ne requiert aucun texte d'application.

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

Cette mesure ne nécessite pas de mesures transitoires.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

A la suite de la création du dispositif par la LFSS pour 2014, les assurés et les médecins ont été informés de la démarche entreprise par les organismes complémentaires via différents canaux, à la fois par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances maladie complémentaires.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi du versement de la contribution de chaque organisme complémentaire pour l'année 2018 sera assuré comme lors des exercices précédents par l'URSSAF d'Île-de-France et l'assurance maladie obligatoire.

I. Présentation de la mesure

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

Le rattachement des artistes auteurs¹ au régime général de sécurité sociale repose, depuis sa création en 1964, sur une double dérogation favorable aux intéressés : d'une part, bien qu'exerçant leur activité de façon indépendante, les artistes auteurs sont assimilés par la loi à des salariés et acquittent des prélèvements sociaux équivalents aux seules cotisations dues par les salariés. D'autre part, ce rattachement repose sur l'assimilation des diffuseurs d'œuvres d'art² à des employeurs, qui versent cependant une contribution très largement inférieure aux cotisations patronales de droit commun.

La sécurité sociale des artistes auteurs est actuellement gérée par deux organismes agréés – la Maison des artistes (MDA)³ et l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (AGESSA)⁴. Elles assurent le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale⁵ pour le compte de la branche du recouvrement (ACOSS et les URSSAF). Elles exercent surtout des missions relevant de l'action sociale en faveur des artistes auteurs. Les prestations de sécurité sociale sont quant à elles directement versées aux artistes auteurs par les caisses d'assurance maladie et vieillesse du régime général.

Du fait de leurs dimensions modestes et de l'obsolescence de leurs systèmes d'information, ces associations gestionnaires du recouvrement peinent aujourd'hui à offrir une qualité pleinement satisfaisante de service aux populations dont elles assurent la gestion. En particulier, l'absence d'identification d'une partie des artistes auteurs n'a pas permis de réaliser l'appel de la cotisation vieillesse plafonnée pour une grande partie des artistes auteurs entrant dans le champ du régime, et ce depuis près de 40 ans.

Cette difficulté opérationnelle s'avère fortement préjudiciable pour les intéressés, dans la mesure où l'absence de paiement de ces cotisations conduit, en conséquence, à ne pas pouvoir reporter dans leur compte des droits à retraite.

Si une avancée a pu être réalisée en 2016 par la mise en place par le gouvernement d'un dispositif de rachat de cotisations vieillesse pour régulariser *ex post* la carrière des artistes auteurs et rétablir leurs droits, le dispositif de recouvrement des cotisations présente aujourd'hui encore des insuffisances qui ne semblent pas pouvoir corriger cette défaillance pour l'avenir.

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a pourtant entériné la mise en œuvre attendue d'ici 2019 d'une précompte pour tous les artistes auteurs en traitements et salaires de l'ensemble des cotisations sociales, y compris de la cotisation vieillesse plafonnée. Cette perspective rend absolument nécessaire une modernisation des procédures de déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale.

A cet égard, de par ses fonctions, la branche du recouvrement (ACOSS et URSSAF) apparaît comme la plus compétente pour proposer une offre de services modernisée – entièrement dématérialisée – et spécifiquement dédiée aux artistes auteurs, garantissant une amélioration significative de la qualité de service et un traitement plus efficace du recouvrement. Une URSSAF dédiée assure d'ores et déjà le recouvrement forcé pour ses populations et dispose, en outre, d'une connaissance des spécificités réglementaires de ces populations en raison de ses actuelles missions dans le cadre des formalités liées à la création d'entreprises. En outre, la branche du recouvrement pourra offrir un dispositif qui améliorera l'identification sociale des assurés, permettra un ajustement des cotisations compte tenu de la connaissance des revenus des intéressés dans les autres régimes, et facilitera la transmission d'informations aux autres caisses du régime général pour le bénéfice de prestations sociales.

¹ L'article L. 382-1 du CSS définit les 5 grandes « branches professionnelles » permettant aux artistes auteurs d'entrer dans le champ d'application du régime : les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques ainsi que photographiques.

² Toute personne physique ou morale qui procède à l'exploitation commerciale d'œuvres d'art originales. Cela correspond notamment à l'activité des galeries d'art, des éditeurs d'art, des sociétés de ventes volontaires, des antiquaires, des brocanteurs, de certains musées et également aux commerces dont une part de l'activité consiste à vendre des œuvres originales graphiques et plastiques.

³ La MDA, fondée en 1952 sous la forme d'une association relevant de la loi de 1901, a été, dès 1965, agréée par l'Etat pour gérer la branche des artistes plasticiens et graphistes.

⁴ Le régime de protection sociale des artistes a été étendu à l'ensemble de la population des artistes auteurs par la loi du 31 décembre 1975, avec pour conséquence la création en 1977 d'une deuxième association, l'AGESSA, organisme agréé pour la gestion des artistes auteurs d'œuvres autres que graphiques et plastiques, c'est-à-dire des écrivains, compositeurs de musique et chorégraphes, photographes et auteurs d'œuvres cinématographiques et audiovisuelles.

⁵ Le recouvrement est exercé, à compter du trentième jour suivant l'exigibilité des cotisations par le réseau des Urssaf, l'Urssaf du Limousin assurant la gestion centralisée de cette mission.

En parallèle, la MDA et l'AGESSA conserveront les missions qui leurs sont dévolues et qui sont propres à l'identité du régime : l'instruction des dossiers en vue de l'affiliation des artistes auteurs, le respect du champ du régime (avec si besoin consultation des commissions professionnelles), ainsi que l'accompagnement au quotidien des cotisants et la gestion de l'action sociale.

L'identité et les spécificités du régime seront donc intégralement maintenues. Il est toutefois proposé de remédier à une distinction inéquitable qui s'est créée historiquement au sein de ce régime entre les artistes auteurs dont les cotisations ouvrent effectivement des droits (36 000 personnes dites « affiliées ») et une large partie des artistes auteurs, souvent faiblement rémunérés, considérés comme de simples assujettis et dont les cotisations recouvrées n'ouvrent aujourd'hui aucun droit (230 000 personnes dites « assujetties »). Cette distinction, fort mal comprise à juste titre par un grand nombre d'artistes auteurs, crée des formes d'iniquité perçues dès lors qu'à prélèvement identique, tous les artistes auteurs ne sont pas affiliés dans les mêmes conditions.

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

a) Mesure proposée

La mesure présente 2 volets.

1. Modernisation des procédures de déclaration et de recouvrement

La modernisation des circuits de recouvrement doit se constituer par la création d'une offre de service spécifique gérée par la branche du recouvrement. L'objectif d'un traitement homogène et efficace à tous les artistes auteurs pour le recouvrement de leurs cotisations sociales invite à mener ce nouveau schéma, tout en conservant les règles propres aux artistes auteurs et l'identité du régime. Cette évolution comporterait plusieurs avantages :

- La capacité de la branche du recouvrement à mettre en place rapidement un outil de recouvrement doté d'une interface dématérialisée permettant de réaliser l'intégralité des démarches, et d'envisager des services complémentaires (l'offre de services pourrait aller au-delà de la seule collecte des cotisations pour garantir le lien vers l'ouverture des droits, en donnant la possibilité de faire une demande d'arrêt de travail en ligne pour permettre une ouverture rapide des prestations). La mise en place des vecteurs de déclaration et de recouvrement pour le précompte doit en effet privilégier la dématérialisation du processus, au bénéfice des redevables ;
- Une gestion facilitée de la polyactivité des artistes-auteurs grâce au positionnement de l'ACOSS en tant qu'opérateur unique pour le recouvrement du régime général, lui permettant de connaître l'essentiel des rémunérations au régime général et de procéder à la régularisation du plafond des cotisations (trop perçus) ;
- Une facilitation de l'identification sociale des artistes auteurs et des diffuseurs par l'intermédiaire d'un portail spécifique, qu'il conviendra de créer. Des sanctions administratives pourraient être mises en place pour les diffuseurs et les sociétés de répartition et de perception des droits d'auteurs ne remplissant pas leurs obligations d'identification des artistes auteurs, afin de concourir à l'identification sociale des artistes auteurs et de procéder à l'appel des cotisations vieillesse.

La MDA et l'AGESSA, par l'intermédiaire de leur conseil d'administration et de leurs équipes, conserveront un rôle de suivi des réalisations de l'offre de service s'agissant du recouvrement. Leur cœur de métier serait en outre tourné vers la prononciation de l'affiliation des artistes auteurs, en lien avec les commissions professionnelles, leur rôle de guichet et d'accueil ainsi que la gestion de l'action sociale. Des élections seront organisées afin que le conseil d'administration, aujourd'hui vacant, puisse à nouveau se réunir. Dans l'intervalle, un administrateur provisoire sera nommé.

L'offre de service devrait être opérationnelle à compter du 1er janvier 2019 afin de répondre à l'objectif d'un précompte de la cotisation vieillesse plafonnée, avec des premières régularisations au regard de ce plafond l'année suivante. Cette offre devrait donc être enrichie de fonctionnalités nouvelles à horizon 2020.

La mise en place de l'offre de services a pour effet de transférer une part substantielle des missions de l'AGESSA-MDA en termes de recouvrement vers la branche recouvrement du régime général.

Dans ce cadre, un transfert des personnels de l'AGESSA et de la MDA vers la branche recouvrement sera réalisé : la réforme s'effectuera sans licenciement, ni mobilité géographique imposée.

L'intégration des personnels concernés dans la convention collective applicable aux organismes du régime général (dite convention « UCANSS ») fera l'objet d'une négociation spécifique sur la base des précédents éprouvés par la branche recouvrement (par exemple actuellement pour les personnels de la Caisse nationale de compensation des VPR (CCVRP) ou les personnels des organismes conventionnés chargés jusqu'ici du recouvrement des cotisations d'assurance maladie dus par les personnes exerçant une profession libérale.

Enfin, l'article procède à une simplification des modalités de représentation des membres des conseils d'administration de la Maison des artistes (MDA) et de l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agressa), qui feront l'objet d'une désignation et non d'une procédure d'élection.

2. Suppression de la distinction entre « affiliés » et « assujettis »

Parallèlement, il est proposé de mettre fin à la distinction entre les « affiliés » et les « assujettis », afin de traiter dans les mêmes conditions les activités artistiques entrant dans le champ du régime et d'ouvrir des droits à tous les artistes auteurs qui cotisent dans ce régime.

Cette affiliation générale élargira de fait l'accès à des droits jusqu'ici réservés à une minorité d'artistes auteurs. L'ensemble des artistes auteurs auront ainsi la possibilité de cotiser sur l'assiette minimale (900 fois la valeur horaire du SMIC) pour valider 4 trimestres de retraite et de s'ouvrir des droits complets à l'assurance maladie (indemnités journalières maladie et maternité). L'action sociale sera, de façon similaire à aujourd'hui, accordée à ceux qui souhaitent surcotiser pour accéder à cette minimale. Tous les artistes auteurs pourront également agréger leurs revenus accessoires, relevant d'une activité exercée en marge de l'activité artistique (cours, ateliers, présentations...) à l'assiette sociale donnant lieu au régime spécifique de cotisations du régime des artistes auteurs, dans les mêmes conditions que peuvent le faire aujourd'hui les personnes dites « affiliées ». Ce travail s'inscrit dans une réforme de la protection sociale des artistes auteurs. Un calendrier de travail commun, sera arrêté par les services du ministère de la culture et du ministère des solidarités et de la santé, en lien avec les organisations professionnelles. En outre, à moyen terme, la piste d'un guichet unique pour le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions des artistes auteurs (y compris pour la retraite complémentaire) sera examinée, dans un but de simplification des démarches pour les auteurs comme pour les diffuseurs, notamment occasionnels.

Enfin, compte tenu notamment de la modification du corps électoral qu'emporte la fin de la distinction affiliés/assujettis, et afin de garantir une gouvernance plus efficiente de ces organismes, il est proposé de procéder à la nomination des membres du conseil d'administration par les tutelles après avis des organisations syndicales.

b) Autres options possibles

Compte tenu de la vétusté des systèmes d'information de la MDA et de l'AGESSA et de la taille de ces organismes, une solution de remise à plat des procédures internes à ceux-ci ne permettrait pas d'atteindre la qualité de service que la branche du recouvrement est capable d'offrir *via* son réseau.

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

Cette mesure, qui modifie les règles d'affiliation et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale, a sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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) ?

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

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

a) Possibilité de codification

La disposition proposée sera codifiée par la modification des articles L. 382-1, L. 382-3, L. 382-4, L. 382-5, L. 382-6, L. 382-9 et L. 382-14 du code de la sécurité sociale et la création de l'article L. 382-3-1 du même code. Les articles L. 6331-67 et L. 6331-68 du code du travail devront également être modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
Saint-Martin, 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 rationalisation des circuits de recouvrement vers l'application du droit commun permettrait à moyen-terme d'éviter d'engager une modernisation des systèmes d'information de la MDA et de l'AGESSA dont le coût peut être évalué à 10 M€. Par ailleurs, la possibilité d'assurer un recouvrement effectif de la cotisation vieillesse plafonnée pour les intéressés qui aujourd'hui ne sont pas identifiés par le régime aura un impact financier positif.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
				+10	

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 réforme permet de rétablir dans leurs droits les artistes auteurs qui ne se voient actuellement pas identifiés par le régime et ne bénéficient pas de droits à retraite au titre de cette activité.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

La mesure permettra de faciliter le circuit de recouvrement pour le cotisant et améliorera la protection sociale des intéressés. Elle permet l'obligation de déclaration dématérialisée pour tous les artistes auteurs et la simplification des démarches sociales pour les intéressés, y compris dans le paiement en ligne.

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

La mesure requiert le développement de systèmes d'informations adéquats. Un site internet sera dédié à l'offre du recouvrement des artistes auteurs et des diffuseurs pour permettre notamment l'inscription des diffuseurs type commerces d'art, l'automatisation des demandes d'immatriculation dans les systèmes d'information de la branche du recouvrement, la déclaration et le calcul des cotisations précomptées, des options de paiement dématérialisé (télépaiement SEPA, carte bancaire,...), l'édition d'attestation de versement de précompte à destination des artistes auteurs. Une application sur mobile permettant aux artistes auteurs de disposer de toutes ces fonctionnalités pourra être étudiée.

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

La mesure implique le transfert des contrats de travail des agents affectés à l'activité de recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale au sein des deux associations vers la branche du recouvrement. Ce transfert, n'engendrera aucun licenciement et n'imposera aucune mobilité géographique.

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

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

Modification des dispositions réglementaires relatives aux artistes auteurs (R. 382-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

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

Au plus tard le 1^{er} janvier 2019 pour le transfert du recouvrement.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2020 pour la mise en œuvre de l'offre de services complète proposée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Information individuelle par le biais des organismes agréés et du réseau des Urssaf en amont du transfert.

Echanges des données nécessaires au recouvrement.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un comité de pilotage spécifique sera constitué pour suivre la mise en œuvre de cette réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 382-1	Article L. 382-1 modifié
<p>Les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés.</p> <p>Bénéficient du présent régime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les auteurs d'œuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques dans la presse ; - les auteurs d'œuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéficiaires non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles. <p>Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code.</p> <p>L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale, s'il y a lieu après consultation, à l'initiative de l'organisme compétent ou de l'intéressé, de commissions qui, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes, tiennent compte notamment de ses titres.</p>	<p>Les artistes auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés.</p> <p>Bénéficient du présent régime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les auteurs d'œuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs œuvres photographiques dans la presse ; - les auteurs d'œuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéficiaires non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles. <p>Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code.</p> <p>L'affiliation est prononcée par les organismes agréés mentionnés à l'article L.382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes. Elle est mise en œuvre par les organismes de sécurité sociale. L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale, s'il y a lieu après consultation, de commissions qui, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes, tiennent compte notamment de ses titres.</p>
Article L382-2	Article L382-2 modifié
<p>Chaque organisme est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants élus des artistes-auteurs affiliés et des représentants élus des</p>	<p>Chaque organisme est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants élus des artistes-auteurs affiliés et des représentants élus des</p>

<p>diffuseurs. Il comprend également des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa ainsi que les conditions de nomination des directeurs et agents comptables desdits organismes.</p> <p>Les délibérations du conseil d'administration de chaque organisme agréé ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>diffuseurs. Il comprend également des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa ainsi que les conditions de nomination des directeurs et agents comptables desdits organismes.</p> <p>Chaque organisme agréé est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés et des représentants des diffuseurs ainsi que des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes auteurs et des diffuseurs ainsi que les conditions de nomination du directeur et agent comptable de ces organismes.</p> <p>Les délibérations du conseil d'administration de chaque organisme agréé ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
	<p>Article L. 382-3-1 (nouveau)</p>
	<p>Si les revenus ou rémunérations qu'ils retirent de leurs activités artistiques sont inférieurs pour l'année considérée à un montant fixé par décret, les artistes auteurs peuvent cotiser à leur demande sur une assiette forfaitaire correspondant à ce montant.</p>
<p>Article L. 382-4</p>	<p>Article L. 382-4 modifié</p>
<p>Le financement des charges incombant aux employeurs au titre des assurances sociales et des prestations familiales est assuré par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale, y compris l'Etat et les autres collectivités publiques, qui procède, à titre principal ou à titre accessoire, à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales relevant des arts mentionnés par le présent chapitre.</p> <p>Cette contribution est calculée sur un barème tenant compte soit du chiffre d'affaires réalisé par ces personnes à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'œuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes qu'elles versent à titre de droit d'auteur aux artistes ou organismes percevant ces sommes pour leur compte, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.</p> <p>Elle est recouvrée comme en matière de sécurité sociale par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative qui assument, en matière d'affiliation, les obligations de l'employeur à l'égard de la sécurité sociale.</p>	<p>Le financement des charges incombant aux employeurs au titre des assurances sociales et des prestations familiales est assuré par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale, y compris l'Etat et les autres collectivités publiques, qui procède, à titre principal ou à titre accessoire, à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvres originales relevant des arts mentionnés par le présent chapitre.</p> <p>Cette contribution est calculée sur un barème tenant compte soit du chiffre d'affaires réalisé par ces personnes à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'œuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes qu'elles versent à titre de droit d'auteur aux artistes ou organismes percevant ces sommes pour leur compte, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des œuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.</p> <p>Elle est recouvrée comme en matière de sécurité sociale par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative qui assument, en matière d'affiliation, les obligations de l'employeur à l'égard de la sécurité sociale.</p>
<p>Article L. 382-5 (version à venir résultant de l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité</p>	<p>Article L. 382-5 modifié</p>

sociale pour 2016)	
<p>La part des cotisations et contributions de sécurité sociale à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 est versée par les intéressés à l'organisme agréé dont elles relèvent.</p> <p>Toutefois, lorsque la rémunération est versée par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 382-4, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont précomptées et versées par cette personne à l'organisme agréé.</p>	<p>La part des cotisations prévues à l'article L. 382-3 du présent code à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 est versée par les intéressés à l'organisme agréé dont elles relèvent. l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Toutefois, lorsque la rémunération est versée par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 382-4, la fraction de cotisation assise sur la totalité de cette rémunération est précomptée par cette personne et versée par elle à l'organisme agréé. l'organisme mentionné au premier alinéa.</p> <p>Les contributions mentionnées à l'article L. 382-4 du présent code et à l'article L. 6331-65 du code du travail sont recouvrées comme en matière de sécurité sociale par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article.</p>
Article L. 382-6	Article L. 382-6 modifié
<p>Sans préjudice de l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3 et de l'article L. 241-3, la fraction de cotisation au-dessous du plafond prévu audit article L. 241-3, calculée sur les rémunérations perçues en qualité d'auteur au sens de l'article L. 382-1 par des personnes qui exercent par ailleurs une ou plusieurs autres activités salariées ou assimilées, peut être fixée forfaitairement par arrêté ministériel.</p>	<p>Sans préjudice de l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3 et de l'article L. 241-3, la fraction de cotisation au-dessous du plafond prévu audit article L. 241-3, calculée sur les rémunérations perçues en qualité d'auteur au sens de l'article L. 382-1 par des personnes qui exercent par ailleurs une ou plusieurs autres activités salariées ou assimilées, peut être fixée forfaitairement par arrêté ministériel.</p> <p>Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-3 peuvent effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions. Les personnes redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 382-4 sont tenues, sous peine des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5, d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions.</p> <p>Les personnes mentionnées au L. 382-4 sont soumises, sous peine des pénalités fixées par décret, à l'obligation de fournir, à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L.382-5, le numéro prévu au onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 permettant l'identification des artistes auteurs dont ils assurent l'exploitation commerciale et la diffusion des œuvres.</p>
Article L. 382-9	Article L. 382-9 modifié
<p>Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent, lorsque la vente de ses œuvres ne lui procure que des ressources insuffisantes pour ouvrir droit aux prestations, ce droit peut, compte tenu de ses titres et de sa qualité d'artiste professionnel, lui être reconnu ou maintenu, après avis de la de la commission professionnelle compétente.</p>	<p>Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent, lorsque la vente de ses œuvres ne lui procure que des ressources insuffisantes pour ouvrir droit aux prestations, ce droit peut, compte tenu de ses titres et de sa qualité d'artiste professionnel, lui être reconnu ou maintenu, après avis de la de la commission professionnelle compétente.</p>

Article L. 382-14	Article L. 382-14 modifié
<p>Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des assujettis, les conditions d'ouverture du droit aux prestations, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein des organismes agréés prévus au même article, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale.</p> <p>Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.</p>	<p>Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des assujettis, personnes relevant des dispositions de la présente section, les conditions d'ouverture du droit aux prestations, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein des organismes agréés prévus au même à l'article L. 382-2 du présent code, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale.</p> <p>Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.</p>
Code du travail	
Article L. 6331-67	Article L. 6331-67 modifié
<p>Les organismes agréés visés aux articles L. 382-4 et L. 382-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du même code, chargés du recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 6331-65 du présent code, peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant sont déterminés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la culture et de la formation professionnelle.</p>	<p>L'es organismes agréés mentionné visés aux à l'article-L. 382-4 et-L. 382-5 du code de la sécurité sociale ainsi que les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 213-1 du même code, chargés du recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 6331-65 du présent code, peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant sont déterminés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la culture et de la formation professionnelle.</p>
Article L. 6331-68	Article L. 6331-68 modifié
<p>Les contributions prévues à l'article L. 6331-65 sont affectées à l'organisme paritaire collecteur agréé au titre des contributions versées en application de l'article L. 6331-55 et gérées au sein de ce dernier dans une section particulière. Elles lui sont reversées par les organismes mentionnés à l'article L. 6331-67 selon des modalités déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la culture et de la formation professionnelle. Elles sont mutualisées dès réception.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de la section particulière mentionnée au premier alinéa du présent article.</p>	<p>Les contributions prévues à l'article L. 6331-65 sont affectées à l'organisme paritaire collecteur agréé au titre des contributions versées en application de l'article L. 6331-55 et gérées au sein de ce dernier dans une section particulière. Elles lui sont reversées par les organismes mentionnés à l'article L. 6331-67 selon des modalités déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la culture et de la formation professionnelle. Elles sont mutualisées dès réception.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de la section particulière mentionnée au premier alinéa du présent article.</p>

Article 17 – Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général

I. Présentation de la mesure

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

Chaque organisme de sécurité sociale dispose *a minima* d'un partenaire bancaire dans le but d'assurer la gestion et l'exécution de ses flux financiers, que ce soit pour l'encaissement des sommes recouvrées ou le paiement des prestations aux assurés ou à des tiers.

Les organismes de sécurité sociale mettent en concurrence les banques selon les règles prévues par les règles de la commande publique dans les conditions correspondant à leur statut, soit en tant qu'établissements publics pour les caisses nationales du régime général, soit en tant qu'organismes privés assurant la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour les autres organismes.

Néanmoins, les pratiques de gestion des marchés bancaires diffèrent fortement selon les branches du régime général, en fonction de l'organisation de leur réseau local, des moyens de paiement utilisés, du type de flux (encaissements ou décaissements) et des prestations associées, répondant à des besoins propres aux organismes dont certains requièrent parfois des prestations spécifiques (versements des prestations à l'international, récupération des indus par exemple).

En pratique, deux éléments principaux peuvent varier d'un marché à l'autre, y compris au sein d'une même branche et constituer des barrières à des candidatures de partenaires bancaires potentiels :

- Le périmètre fonctionnel, c'est-à-dire les moyens de paiement et les prestations demandées dans le cadre du marché ;
- L'échelle géographique et la stratégie d'allotissement (national, groupements inter-régionaux, local).

Bien que les organismes du régime général travaillent avec la plupart des banques françaises, les relations entretenues avec ces dernières sont très hétérogènes. On observe en outre depuis quelques années une réduction de l'attractivité de ces marchés, conduisant à un risque croissant d'infructuosité, ou de constitution de situations de monopole, notamment pour les branches maladie et famille, ce qui pose des problèmes de dépendance et de risque opérationnel qui ne sont pas acceptables.

En outre, l'absence de pilotage national suffisamment centralisé ne permet pas de suivre avec une attention suffisante les risques ou les remontées d'incidents de paiement imputables aux partenaires bancaires, qui ont pourtant des conséquences directes non seulement sur la qualité des relations avec les assurés, en cas de retard de versement par exemple, mais aussi sur le pilotage de la trésorerie du régime général de sécurité sociale. La sécurité globale du système de paiement des prestations justifie pourtant qu'une attention particulière soit portée sur ce point.

Ce constat a été partagé à plusieurs reprises ces dernières années, notamment dans le cadre des activités de la Mission nationale financière (MNF) de l'ACOSS, ainsi que dans un rapport de la Cour des comptes (relevé d'observations provisoires de mai 2017).

La mesure proposée devient nécessaire du fait d'une reconfiguration progressive de l'offre : le nombre de partenaires bancaires potentiellement intéressés par les marchés des organismes se réduit, et amène à considérer que les prochains appels d'offres ne seront pas émis dans des conditions de sécurité et de performance satisfaisantes pour la sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

Il est nécessaire de mettre en place un pilotage d'ensemble sur les différents aspects liés aux marchés bancaires du régime général de sécurité sociale (coûts directs, mobilisation de moyens pour la gestion des appels d'offres, sécurisation juridique, respect des impératifs techniques, mise en place de relations suivies avec la sphère bancaire, équilibre entre les différents acteurs, etc.).

En pratique il est proposé, d'une part, de centraliser le pilotage de la stratégie « marchés des services bancaires » au niveau national, en évitant toute dispersion au sein de chaque branche et, d'autre part, de confier à une cellule *ad hoc* au sein des services de l'ACOSS le soin de conclure les marchés pour le compte des caisses nationales du régime général dans le but de stimuler une concurrence suffisante dans la répartition des marchés. Cette cellule travaillera avec les services métier de chacune des branches, qui demeureront responsables de l'exécution, tout au long de la vie du marché (de la stratégie et analyse des besoins jusqu'au bilan du marché).

Afin de sécuriser les relations entre la cellule et les caisses nationales, il est proposé de compléter les missions de l'ACOSS (définies à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale) en lui confiant une compétence spécifique de

centralisation des achats de prestation dans ce domaine, similaire à la compétence générale dont dispose l'Ucanss (définies à l'article L. 225-4), mais sans préjudice des missions de celle-ci.

b) Autres options possibles

Un scénario alternatif consisterait à laisser aux caisses nationales le soin de solliciter ou non la cellule pour travailler conjointement sur la passation de leurs marchés publics. Ce scénario, consistant pour la MNF à développer une offre de services à la disposition des caisses nationales, correspond toutefois à la situation actuelle. Elle ne permet pas une intervention systématique de la mission pour couvrir l'ensemble des besoins et répondre au risque d'infructuosité ou de baisse de qualité des marchés conclus.

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

La mesure proposée a pour objet de sécuriser la trésorerie globale du régime général gérée par l'ACOSS, en fiabilisant les prestations bancaires associées aux caisses locales et nationales. De ce fait, elle a sa place en LFSS en application du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Elle relève en outre du 3° du C du V du même article, dès lors qu'elle affecte les règles d'organisation ou de gestion interne des régimes et présente un impact sur leurs charges de gestion en procédant à des transferts entre organismes.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure respecte le droit de la commande publique issu notamment de la directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE.

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

a) Possibilité de codification

Codification de la disposition par la modification de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Départements et régions d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Application directe</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Application directe</i>
Collectivités d'Outre-mer	
<i>Saint Martin et Saint Barthélemy</i>	<i>Application directe</i>
<i>Saint Pierre et Miquelon</i>	<i>Application directe</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Non application</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le déploiement d'une cellule commune aux organismes générera des économies d'échelle, résultant de gains d'efficacité qui seront réalisés en partageant des compétences jusque-là maintenues au sein de chaque organisme.

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

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux

Sans objet

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

Sans objet

- *impact sur les jeunes*

Sans objet

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Des transferts de compétences de caisses de sécurité sociale vers l'ACOSS sont prévus. Aucune évolution des systèmes d'informations des caisses n'est en revanche nécessaire dans l'immédiat.

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

Pour des raisons de cohérence, les coûts bancaires pourraient être neutralisés dans les plafonds de ressources allouées aux caisses nationales dans le cadre des COG.

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

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

Des conventions suffiront à préciser les conditions dans lesquelles les organismes partagent les informations nécessaires pour l'accomplissement des missions de la cellule.

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 prévue au 1^{er} janvier 2018, sans mesure transitoire.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet, la mesure ne concerne pas les assurés.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre sera suivie par la direction de la sécurité sociale.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 224-5 actuel	Article L. 224-5 modifié
<p>L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.</p> <p>Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.</p> <p>Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des organismes locaux du régime général, de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.</p> <p>Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24.</p>	<p>L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.</p> <p>Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.</p> <p>Sous réserve du 7° de l'article L. 225-1-1, elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des organismes locaux du régime général, de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p> <p>Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.</p> <p>Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24.</p>
Article L. 225-1-1 actuel	Article L. 225-1-1 modifié
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie :</p> <p>2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en oeuvre par les organismes locaux ;</p> <p>2° <i>bis</i> De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en</p>	<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :</p> <p>1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie :</p> <p>2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en oeuvre par les organismes locaux ;</p> <p>2° <i>bis</i> De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en</p>

<p>application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° <i>bis</i> D'assurer l'application homogène des lois et règlements relatifs aux cotisations et contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et de cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;</p> <p>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 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p>	<p>application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° <i>bis</i> D'assurer l'application homogène des lois et règlements relatifs aux cotisations et contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;</p> <p>5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et de cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;</p> <p>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 ;</p> <p>6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.</p> <p>7° 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.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

- **Les mesures de transferts entre l'Etat et la sécurité sociale ont des effets différenciés sur les soldes des branches de la sécurité sociale**

Le gain pour les finances publiques de la mesure de bascule entre cotisations et CSG est restitué à l'Etat en 2018

La mesure de pouvoir d'achat en faveur des personnes actives présentée à l'article 7 du présent projet de loi conduit, en 2018, à un impact différencié entre les administrations publiques :

- La sécurité sociale bénéficie de la hausse de CSG de 1,7 point, ce qui représente 22,4 Md€ de produits supplémentaires, mais doit supporter différentes mesures de baisses de ses cotisations (baisse de cotisations maladie pour les salariés, maladie et famille pour les travailleurs indépendants principalement) qui réduisent ses ressources de 7,6 Md€;
- Par ailleurs les baisses des cotisations d'assurance-chômage viennent diminuer de 9,4 Md€ les ressources de l'UNEDIC. L'article 7 du présent projet de loi prévoit cependant qu'en 2018 cette perte de recettes pour l'UNEDIC sera intégralement compensée par l'ACOSS, qui reversera à l'UNEDIC un montant équivalent à celui du avant la baisse de cotisation. Ainsi cette perte de recettes repose en 2018 sur la sécurité sociale. Ce schéma de compensation présente cependant un caractère transitoire, dans l'attente des futures réformes sur la gouvernance de l'UNEDIC annoncées par le Gouvernement ;

Ce schéma se traduit par un excédent de 5,4 Md€ pour la sécurité sociale, qui tient compte de l'impact non compensé par l'Etat de la baisse des cotisations maladie des exploitants agricoles destinée à aligner le barème sur celui des non-salariés non-agricoles ; hors cet effet, le surplus serait de 5,9 Md€. Ce surplus est restitué à l'Etat, ce qui permettra de compenser pour ce dernier l'impact de la suppression de la contribution de solidarité (CES) et de la mise en place de primes dans la fonction publique d'Etat, en contrepartie de la hausse de la CSG. En effet, la suppression de la contribution de solidarité (CES) et les mesures de compensation de la hausse de la CSG pour la fonction publique d'Etat qui sont envisagées dégraderont le solde du budget de l'Etat de l'ordre de 2,1 Md€. Le surplus provisoire de recettes de 3,8 Md€ lié à cette mesure sera conservé ainsi par l'Etat.

L'impact financier de cette mesure aura vocation à être réévalué en 2019, lorsque la baisse des cotisations d'assurance chômage aura été appliquée en année pleine, ce qui impliquera de revoir les montants des transferts entre l'Etat et la sécurité sociale.

Bilan de la mesure CSG/cotisations salariales (Md€)

Hausse de la CSG	22,4
Baisse des cotisations salariales maladie	-4,7
Baisse des cotisations salariales chômage compensée par l'Acoss	-9,4
Baisse des cotisations des travailleurs indépendants	-2,3
Mesures de compensation dans la fonction publique	-0,6
Impact sécurité sociale	5,4
Autres effets (dont non compensation des baisses de cotisations sur les exploitants agricoles)	0,4
Transfert à l'Etat au titre de la mesure CSG	5,9

Des mesures de compensation 2017 présentait un caractère non pérenne et doivent être nouveau compensées

De plus, plusieurs mesures de compensation prévues en LFI et LFSS 2017 présentait en effet un caractère non-pérenne, qu'il s'agisse du transfert des réserves de la section 3 du FSV (0,7Md€), de la modification du fait générateur de la taxe sur les véhicules de sociétés (0,16Md€), ou de la création de la C4S (0,4Md€). Il convient de neutraliser ces effets par de nouvelles mesures de compensation, conformément à l'engagement pris alors de compensation du coût de ces mesures, sauf à dégrader les soldes de la sécurité sociale et à ralentir le redressement des comptes sociaux.

En revanche, le crédit d'impôt de taxe sur les salaires et l'exonération de taxe sur les salaires pour les primes d'impatriation, instaurés respectivement par les articles 88 et 71 de la loi de finances pour 2017, ne sont pas compensés.

Impact des mesures de compensation 2017 non pérennes (enMd€)

Compensation 2017 non pérennes à compenser à nouveau en 2018	-1,3
Fin de la mesure section 3 FSV	-0,7
Impact non-pérenne de la C4S	-0,4
Modification du fait générateur de la TVS	-0,2
Compensation du CITS	non compensé
Exonération de taxe sur les salaires du régime des impatriés	non compensé

Des nouveaux transferts entre l'Etat et la sécurité sociale en lois financières 2018

Enfin, plusieurs mesures de transfert entre l'Etat et la sécurité sociale inscrites en PLF et PLFSS 2018 conduisent à dégrader les soldes des régimes de sécurité sociale. L'harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement (FAR), prévu par le présent article réduit les recettes des régimes de sécurité sociale de 150 M€, tandis que les transferts des dépenses de santé des détenus (135,9 M€) et du financement de l'agence de biomédecine et de l'EHESP (23M€) vers la sécurité sociale accroissent leurs dépenses.

Par ailleurs, la suppression de la 4^{ème} tranche de taxe sur les salaires prévue en PLF 2018 n'est pas compensée à la sécurité sociale, ni le doublement du seuil du régime microsocial.

Bilan des transferts de dépenses et de recettes entre l'Etat et la sécurité sociale en PLF et PLFSS 2018 (en M€)

Mesures de transfert en PLF et PLFSS 2018	308
Mise en place de FAR sur de nouveaux impôts et taxes	150,0
Transfert du financement de l'ABM à l'assurance-maladie	14,4
Transfert du financement de l'EHESP aux établissements de santé	8,9
Transfert du financement de la santé des détenus	135,9
MAD DGOS	-0,2
Conseillers techniques ARS	-2,6
CCU-MG	-1,9
Fusion ANESM HAS	0,9
Recentralisation des compétences sanitaires	2,2
Suppression de la 4 ^{ème} tranche de taxe sur les salaires	non compensé
Doublement des seuils du régime microsocial	non compensé

Le bilan de ces différents transferts conduit la sécurité sociale à restituer 4,3 Md€ à l'Etat. Ces compensations entre l'Etat et la sécurité sociale sont prévues dans l'article 26 du projet de loi de finances pour 2018, qui modifie la fraction de la TVA affectée à la sécurité sociale et dans le présent article, qui affecte à l'Etat le prélèvement de solidarité.

Bilan de l'ensemble des transferts entre l'Etat et la sécurité sociale (en Md€)

Rétrocession à l'Etat du gain lié à la mesure CSG	-5,9
Compensation 2017 non pérennes à compenser à nouveau en 2018	1,3
Mesures de transfert en PLF et PLFSS 2018	0,3
Montant à restituer à l'Etat	-4,3

Baisse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale	-1,7
Affectation à l'Etat du prélèvement de solidarité	-2,6
Modalités de la restitution	-4,3

• **La CASA affectée au financement des mesures issues de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement excède les besoins constatés sur ce dispositif**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) reçoit chaque année une part de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) pour le financement des mesures issues de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV »). A ce titre, 479 M€ lui ont été notifiés en 2013, 684 M€ en 2014, 721 M€ en 2015 et 742 M€ en 2016. Le deuxième budget rectificatif 2017 voté lors du Conseil de la CNSA du 4 juillet 2017 prévoit 755,4 M€ de recettes au titre de la CASA. Or, depuis la mise en œuvre de la loi ASV, il est constaté un excédent structurel entre le produit de la CASA et les besoins de financement des dispositifs mis en place par cette loi, notamment le fonds de concours « APA 2 ».

En parallèle, depuis 2014 des reprises croissantes sur les fonds propres de la CNSA (jusqu'à 230 M€ en construction 2017) abondent l'objectif global de dépenses (OGD) qui correspond aux crédits accordés aux établissements médico-sociaux au titre des soins qui y sont pratiqués.

• Le redressement du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire des exploitants agricoles doit être assuré par l'affectation de recettes fiscales

Le dispositif de retraite complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles (NSA) est un régime de retraite complémentaire par répartition.

Un plan de revalorisation des petites retraites agricoles a été mis en œuvre sur la période 2014 - 2017 avec deux principales mesures : l'attribution de points gratuits de RCO aux membres de famille des chefs d'exploitation, et le versement d'un complément différentiel de points de RCO aux anciens chefs d'exploitation leur permettant au terme d'une carrière complète en agriculture de bénéficier d'une retraite globale (base et complémentaire) au moins égal à 75 % du SMIC.

Le financement initial du plan reposait sur deux mesures structurelles :

- une mesure de lutte contre l'optimisation sociale pour les formes sociétaires agricoles (article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014) dont le rendement était estimé à 170 M€ ;
- une augmentation progressive de 1,3 point du taux des cotisations des exploitants agricoles (dont le rendement était estimé à 130 M€).

Le financement était complété par une mesure conjoncturelle avec un prélèvement sur les réserves financières de la CCMSA à hauteur de 160 M€.

Le plan de financement a été fragilisé par le rendement plus faible qu'attendu de la mesure de lutte contre l'optimisation sociale (51 M€ en 2016). Il en résulte un déficit de trésorerie pour le régime dès 2018.

• Les frais d'assiette et de recouvrement sur les impositions recouvrés par l'Etat pour le compte de la sécurité sociale sont hétérogènes et reposent sur des bases juridiques fragiles

L'ensemble des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) a représenté un montant de plus de 170 M€ en 2016 sur un montant d'environ 70 Md€ d'impositions recouvrées par l'Etat pour le compte de la sécurité sociale. L'article 1647-III du code général des impôts qui encadre l'application des frais d'assiette et de recouvrement (FAR) constitue une base juridique fragile. Il prévoit ainsi que « *l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale.* » Cette base juridique, qui n'a pas été modifiée depuis 1979, apparaît incertaine et obsolète à double titre. En premier lieu, il ne s'agit pas de prélever des frais d'assiette et de recouvrement sur des « cotisations » mais sur des « impositions de toutes natures » affectées à la sécurité sociale et recouvrées par les services de l'Etat. En second lieu, la référence aux organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes et aux conditions de ce contrôle fixées aux articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale n'apparaît pas opérante pour faire référence à l'ensemble des affectataires voulus.

En outre cet article renvoie pour son application à la publication d'arrêtés qui ont introduit des pratiques hétéroclites qu'il conviendrait de rationaliser. Dans les faits, les impositions recouvrées par la Direction générale des finances publiques (notamment les prélèvements sociaux sur les revenus du capital) y sont soumises, à l'inverse des impositions collectées par la Direction générale des douanes et droits indirects, dont font notamment partie les droits de consommation sur les tabacs et sur les alcools qui représentent des montants conséquents. Par ailleurs, des frais peuvent ou non s'appliquer du fait de la nature de l'imposition considérée mais également selon leur affectataire. Ainsi, si les prélèvements affectés au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) y sont bien soumis, ceux affectés à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en sont exemptés. Ces différences n'ont aucune raison d'être s'agissant d'un dispositif censé représenter la prise en charge du coût lié au recouvrement de ces impositions – lequel ne diffère pas en fonction des affectataires des sommes. En raison de cette situation, la seule modification de l'affectation des recettes, même à recette inchangée, peut avoir pour conséquence une hausse ou une baisse des FAR, donc des recettes de la sécurité sociale, sans aucun fondement logique.

• Les dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles de l'ENIM ne sont pas distinguées des dépenses d'assurance-maladie et donc équilibrées par cette branche du régime général

Les marins disposent d'un régime de sécurité sociale géré par l'Etablissement national des invalides de la marine (ENIM) qui assure la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, accident du travail et maladie professionnelle (AT/MP) et vieillesse. Le régime est organisé par le décret-loi du 17 juin 1938 et est commun à tous les navigateurs professionnels du commerce, de la pêche, et de la plaisance, ce qui représentait une population protégée de 170 000 bénéficiaires (31 000 marins actifs, 128 000 pensionnés et 23 000 ayants droit) en 2015.

L'une des spécificités de ce régime est que les dépenses relatives au risque AT/MP sont intégrées au risque maladie, à la différence des autres régimes. Au régime général, les dépenses d'AT/MP font l'objet d'une branche distincte qui retrace séparément les dépenses et les recettes propres à ce risque.

Par ailleurs, une fraction des dépenses liées au risque AT/MP est directement prise en charge par les employeurs : les employeurs du secteur maritime sont ainsi tenus de prendre en charge l'ensemble des frais de santé et de salaires exposés durant le premier mois qui suit le débarquement d'un marin malade (que la maladie soit d'origine professionnelle ou non) ou accidenté. Plus de la moitié des armateurs sont néanmoins exonérés ou dispensés de cette obligation : le montant pris en charge par les employeurs (estimé à 5M€) représente à peine plus de 8 % du total des dépenses exposées au titre de 2015. L'essentiel du risque (60,11M€, selon les données du régime pour 2015) est donc assuré par l'ENIM au titre du risque maladie.

Le travail maritime reste en outre particulièrement accidentogène. Le nombre d'accidents du travail survenant au cours de l'année pour 1 000 marins s'est établi à 58 en 2016. L'absence d'identification du risque ATMP au sein des dépenses de l'ENIM ne favorise pas le développement de la politique de prévention. Au regard de ces constats, il est proposé de mieux identifier le risque AT/MP au sein du régime des marins.

L'intégration financière des régimes maladie au régime général, parachevée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, définit à l'article L.134-4 du code de la sécurité sociale (CSS) les dépenses qui font l'objet d'un équilibrage par la CNAMTS au titre de la branche maladie. Le périmètre de cet équilibrage est, en application de cet article, strictement limité aux risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés. La branche maladie du régime général n'a donc pas vocation à équilibrer les dépenses du régime des marins relatives aux prestations d'AT-MP, le dispositif de solidarité entre le régime général et le régime des marins devant logiquement, en ce cas, relever de la branche AT-MP.

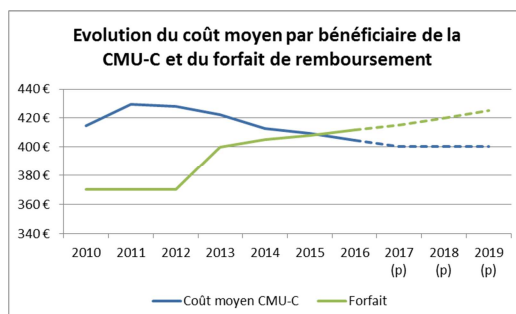
• Les modalités actuelles de financement du Fonds CMU ne paraissent pas adaptées aux dynamiques des recettes et des dépenses du fonds

Les modalités de calcul des dépenses du Fonds ne sont plus adaptées à la baisse tendancielle du coût moyen par bénéficiaire de la CMU-c

Institué par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), le Fonds « CMU » est un établissement public à caractère administratif qui prend en charge les dépenses de CMU complémentaire (CMU-c) et d'aide à la complémentaire santé (ACS). A cette fin, le Fonds rembourse aux organismes gestionnaires de ces dispositifs les dépenses qu'ils ont prises en charge :

- Le Fonds rembourse la CNAMTS (82% des dépenses de CMU-c), les régimes d'assurance maladie (6%) et les organismes complémentaires (12%) des dépenses qu'ils engagent au titre de la CMU-c. Les régimes sont remboursés sur la base d'un forfait, revalorisé annuellement en fonction de l'inflation, ou au réel si leur coût moyen par bénéficiaire est inférieur, sauf la CNAMTS qui bénéficie de la prise en charge de l'intégralité de ses dépenses, tant que les réserves du Fonds le permettent.
- Le Fonds rembourse par ailleurs les organismes complémentaires pour l'ACS, sur la base d'une aide forfaitaire variant en fonction de l'âge.

Toutefois, depuis 2012, le coût moyen par bénéficiaire de la CMU-c baisse de façon continue : il est passé de 430 € par bénéficiaire en moyenne en 2011 à 410 € en 2016. Cette évolution n'apparaît donc pas cohérente avec les modalités de fixation du montant du forfait. Celui-ci, qui avait été fixé pendant plusieurs années à 370 € par bénéficiaire, a été porté à 400 € en 2013, tandis que l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale prévoit, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, sa revalorisation en fonction de l'inflation prévisionnelle. Compte tenu des dernières prévisions établies, le montant du forfait devrait ainsi dépasser le coût moyen à compter de 2017.



Source : Fonds CMU/ DSS, champ tous régimes

Le financement du Fonds par des recettes fiscales propres l'a conduit à constituer d'importants excédents, au détriment des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Le financement du Fonds est exclusivement assuré par de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Si ce financement exclusif par le biais d'une unique recette fiscale pesant sur les primes versées aux contrats d'assurance participe d'un mouvement de rationalisation de l'affectation des recettes entre organismes de sécurité sociale, il doit tenir compte du fait que la dynamique de rendement de la TSA n'est pas linéaire mais sensible aux différentes réformes mises en œuvre dans le champ de la complémentaire santé récemment (généralisation de la couverture complémentaire santé dans le cadre de l'accord national interprofessionnel, labellisation des contrats ACS). Par ailleurs, la TSA est répartie entre le Fonds CMU et la CNAMTS selon des clés complexes, sur la base des types de contrats.

Le produit de TSA dont bénéficie le fonds est en outre décorréolé de ses besoins, ce qui a des répercussions sur les comptes des autres affectataires de cette taxe (la CNAMTS depuis 2017). Des excédents se sont ainsi constitués au fonds CMU, au détriment de l'amélioration des soldes des branches du régime général.

Evolution du résultat cumulé du Fonds CMU 2010-2017 (en Md€)

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
Résultat cumulé	129	153	205	205	210	257	285	368*

Source : compte financier du Fonds CMU

* avant prélèvement sur les recettes de 150M€ prévu par l'article 3 du présent projet de loi

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

a) Mesure proposée

- Réaffectation de recettes fiscales

Conséquences de la mesure de bascule entre cotisations et CSG

La présente mesure complète les dispositions de l'article 7 et de l'article 26 du projet de loi de finances pour 2018 afin de préciser les modalités de compensation par l'ACOSS à l'UNEDIC des baisses des contributions d'assurance-chômage. L'article 7 définit les modalités de prise en charge des cotisations d'assurance chômage par l'ACOSS, l'article 26 du projet de loi de finances affecte à l'ACOSS une fraction de TVA de 5,64% assurant le financement de cette prise en charge, tandis que le présent article précise les modalités d'enregistrement comptables des recettes centralisées par l'ACOSS et de cette même prise en charge.

Si un écart est constaté en fin d'année entre ces charges et ces produits, celui-ci sera imputé entre les différentes branches du régime général, afin de garantir que le résultat de l'ACOSS demeure nul.

Par ailleurs, le prélèvement de solidarité est réaffecté à l'Etat, afin de restituer à l'Etat le surplus ponctuel lié à l'entrée en vigueur progressive de l'exonération de cotisations d'assurance chômage dans le cadre de cette mesure de bascule entre cotisations et CSG.

Affectation de la taxe sur les farines au régime d'assurance-vieillesse complémentaire des exploitants agricoles

Dans le cadre de la conférence sur les retraites agricoles du 30 novembre 2016, le Gouvernement a retenu le principe d'un financement partagé entre les hausses de cotisations d'une part (+ 0,5 point en 2017, puis de nouveau + 0,5 point en 2018, soit 110 M€ de cotisations supplémentaires à compter de 2018) et une contribution de l'Etat d'autre part, qui prend les formes d'une subvention sur crédits budgétaires et de l'affectation d'une recette fiscale à compter de 2018.

Aussi, il est proposé d'affecter au régime de RCO, le produit de la taxe sur les farines à compter de 2018. Le produit de cette taxe, qui s'élève à 64 M€ en 2018, est affecté depuis 2017 au régime vieillesse de base des non-salariés agricoles.

Cette mesure garantit le redressement financier du régime de RCO, qui n'a pas la capacité d'emprunt.

Affectation de la CASA à l'objectif global de dépenses (OGD, médico-social)

Il est proposé d'affecter de manière pérenne une fraction du produit de la CASA au financement de l'OGD.

Cette affectation est justifiée par le coût de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui fera progresser les forfaits soins des EHPAD de 363 M€, par l'application d'une équation tarifaire prenant mieux en compte le niveau de dépendance et les besoins en soins des résidents sur la période 2017-2023. Au produit de l'équation tarifaire, s'ajoute un effort conséquent acté sur l'OGD afin d'attribuer des financements complémentaires dans le cadre de la contractualisation avec les établissements pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'accueil de publics spécifiques (48,8 M€ en 2017).

Pour 2018, il est prévu un excédent prévisionnel d'environ 100 M€ de CASA, répartie entre les sections II et V-a de la CNSA. En conséquence, il est proposé de modifier l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir l'affectation de cet excédent à la section I relative aux établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 100 M€.

Harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement

Concernant la rédaction de l'article 1647-III du CGI relative aux frais d'assiette et de recouvrement (FAR), la loi est toilettée, de manière à retenir une formulation plus simple des organismes visés par les frais d'assiette et de recouvrement, et donne une compétence conjointe aux ministres chargés du budget et de la sécurité sociale pour prendre l'arrêté fixant le taux des FAR.

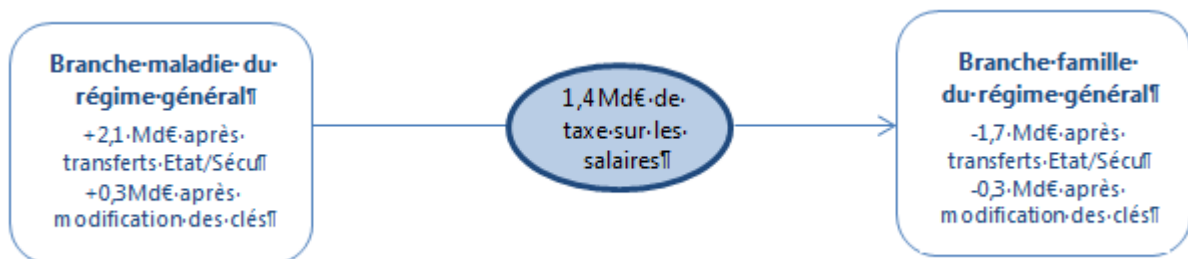
L'objectif de cette clarification est de systématiser et de simplifier l'application des FAR, ce qui permettra d'assurer la neutralité financière de toute opération future de réaffectation d'impositions entre organismes de sécurité sociale, puisque l'application de ceux-ci ne dépendront plus de l'affectataire. La définition de ce taux sera renvoyée à un arrêté. Il pourra être choisi alors de maintenir le taux en vigueur de 0,5 %, ce qui augmentera le montant des FAR facturés aux organismes de sécurité sociale d'environ 150 M€.

L'application de FAR conduit à une perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale, différenciée entre branches (la CNAMTS étant affectée au premier chef en raison de l'application de FAR sur les droits tabacs et alcools), qui devra être neutralisée dans un premier temps entre l'Etat et la sécurité sociale, puis entre branches de la sécurité sociale, via une réaffectation de recettes fiscales.

Réaffectation de recettes pour tenir compte des impacts différenciés entre branches des différentes mesures de transferts entre l'Etat et la sécurité sociale

Pour assurer la neutralité de ces différentes mesures de transfert entre l'Etat et la sécurité, des clés de répartition de la taxe sur les salaires entre les différentes branches du régime général sont modifiées.

De plus, cette réaffectation prend en compte le fait que le rendement de la mesure de révision du barème de la taxe sur les véhicules de sociétés doit être reversé à la CNAMTS, en cohérence avec la visée comportementale de cette taxe, la branche maladie supportant au premier chef les conséquences sanitaires de la pollution (0,1 Md€). Enfin, la perte de recettes liée à la non-compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires repose in fine sur la CNAF (0,5 Md€).



En outre, la modification des clés de taxe sur les salaires et de TVA permet de laisser à l'ACOSS des ressources lui permettant de financer la garantie à l'euro du reversement à l'UNEDIC des cotisations d'assurance chômage. A cette fin, les missions de l'ACOSS sont légèrement complétées afin de garantir sa compétence pour ce faire et d'assurer son équilibre financier.

• Réforme du financement du Fonds CMU

Modification des modalités de calcul du forfait de remboursement de la CMU-c

La revalorisation annuelle du forfait permettant de rembourser les organismes gestionnaires de la CMU-c en fonction de l'inflation est devenue inappropriée pour tenir compte de la réalité des dépenses par bénéficiaire de CMU-c, en baisse depuis 2012. Maintenant que le forfait atteint le même niveau que le coût moyen, il est donc proposé de revaloriser le forfait de remboursement en fonction de l'évolution du coût moyen de la CMU-c en N-1, pour éviter que le forfait ne dépasse à l'avenir le coût moyen constaté – situation qui serait paradoxale.

Le forfait évoluerait ainsi à la baisse en 2018 et demeurerait donc légèrement inférieur au coût moyen par bénéficiaire de la CMU-c.

Il convient de noter que ce nouveau mode de fixation du montant du forfait n'aura d'impact défavorable que sur un nombre limité d'organismes gestionnaires. En effet, ces organismes disposent souvent d'un coût moyen par bénéficiaire largement inférieur au forfait et sont déjà remboursés sur la base de ce coût réel.

Modification des modalités de financement du fonds

Les modalités de financement doivent être adaptées afin d'équilibrer strictement les dépenses du fonds : il s'agit d'éviter que les aléas liés à l'évolution de la recette de TSA amènent à abonder excessivement ou insuffisamment ses réserves. Seul le montant de TSA nécessaire pour financer les dépenses de l'année lui sera reversé, le solde revenant à la CNAMTS. Ces nouvelles modalités de financement permettront en tout état de cause de ne financer le fonds qu'à hauteur de ses réels besoins, et d'améliorer à due concurrence le solde de la branche maladie du régime général. De ce fait, le reversement à la CNAMTS prévu lorsqu'on son coût moyen dépasse le montant du forfait est supprimé.

Au-delà de cette nouvelle modalité de financement, les réserves constituées jusqu'ici par le Fonds doivent pouvoir être ajustées en 2018. C'est pourquoi, de façon provisoire, en 2018, les recettes de TSA du Fonds seront réduites de 150 M€

au profit de la CNAMTS. Le résultat du Fonds sera donc déficitaire de 150 M€ afin de réduire le report à nouveau du Fonds.

- **Création d'un transfert entre la branche ATMP du régime général et le régime des marins**

La mesure vise à mieux identifier les dépenses d'AT/MP du régime des marins, afin d'améliorer le suivi de celles-ci dans une logique de prévention, ainsi qu'à clarifier l'imputation au sein du régime général de la dotation d'équilibre perçue au titre de ces dépenses, celle-ci étant désormais imputée à la branche AT/MP et non plus à la branche maladie. Sont concernées les dépenses d'AT/MP qui ne font pas l'objet d'un financement direct par les employeurs au titre du « mois armateur ».

b) Autres options possibles

- **Réaffectation de recettes pour prendre en compte la mesure en faveur du pouvoir d'achat des actifs**

L'absence de transferts financiers dans le cadre de cette mesure aurait d'une part conduit à fortement améliorer les soldes sociaux au détriment de l'Etat, et ce pour une seule année. D'autre part, il en aurait résulté des déséquilibres entre branches de la sécurité sociale, la branche maladie comptabilisant le surplus de CSG tandis que la branche famille n'aurait pas été compensée des baisses de cotisations effectuées à l'avantage des travailleurs indépendants notamment.

- **Affectation de la taxe sur les farines**

Maintenir la taxe sur les farines affectée au régime d'assurance vieillesse de base des exploitants agricoles conduirait à un épuisement rapide des réserves du RCO. En l'absence d'autorisation d'emprunt pour ce régime, soit les cotisations devraient être relevées, soit les dépenses réduites pour assurer l'équilibre financier du régime.

- **Affectation de la CASA à l'OGD**

L'alternative est le *statu quo*, qui ne permettrait pas de mobiliser les excédents de CASA et nécessiterait en substitution une ponction sur les fonds propres de la CNSA, ce qui ne peut être une solution sur la durée.

- **Frais d'assiette et de recouvrement des impositions recouvrées par l'Etat pour le compte de la sécurité sociale**

Le *statu quo* en matière de frais d'assiette et de recouvrement et de frais de gestion pose des questions de principe et de lisibilité. Il pourrait être envisagé de n'étendre l'application des FAR qu'à certaines recettes, ou à l'ensemble des recettes recouvrées par la DGFIP, mais ces exceptions créent des distorsions dommageables à la lisibilité du schéma ainsi retenu. Seul le principe d'une application universelle à l'ensemble des impôts, taxes et contributions recouvrés par l'Etat pour le compte de la sécurité sociale apparaît de nature à lever ces ambiguïtés.

- **Dépenses d'accidents du travail et de maladie professionnels du régime des marins**

Le *statu quo* conduirait à maintenir un financement par la branche maladie du régime général des dépenses d'AT/MP des assurés affiliés au régime des marins, ce qui n'est pas souhaitable et est contraire aux dispositions de l'article L. 134-4 du CSS.

Une autre option serait de créer une cotisation dédiée au risque AT-MP dans le régime des marins, afin de contribuer à mieux responsabiliser les armateurs, compte tenu notamment de la forte accidentologie constatée dans ce secteur d'activité.

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

Plusieurs mesures (affectation de la taxe farine au RCO, réaffectation de taxe sur les salaires, financement du Fonds CMU) ont un impact sur les recettes des différentes branches de la sécurité sociale et trouvent ainsi leur place en LFSS en application du 1° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

L'OGD étant fixé au regard de l'ONDAM médico-social, l'affectation de la CASA à l'OGD trouve sa place en 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 du fait de son impact en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie.

La création d'un transfert de la branche ATMP du régime général vers la branche ATMP du régime des marins affecte les dépenses des branches maladies et accidents du travail du régime maladie et justifie ainsi sa place en PLFSS en application du 1° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Cet article procède à des modifications des articles L. 131-8, L.225-1-1, L. 862-2, L.862-3 et L. 862-4 du code de la sécurité sociale. Un nouvel article L. 134-6 est créé. Cet article modifie par ailleurs les articles L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, L. 731-3 et L. 732-58 du code rural et de la pêche et 1647 du code général des impôts.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

c) Aucun article n'est abrogé. 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

Réaffectation de la taxe sur les farines

La taxe sur les farines, qui était affectée au régime d'assurance-vieillesse des exploitants agricoles, est réaffectée au RCO, ce qui entraîne une perte de recettes de 64 M€ pour le régime des exploitants agricoles.

Harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement

Il est retenu l'application d'un taux uniforme de 0,5 % à l'ensemble des principales impositions recouvrées par l'Etat pour le compte de la sécurité sociale, ce qui conduirait à une perte de recettes de 150 M€.

L'impact sur le solde des branches est neutralisé dans le cadre des transferts entre l'Etat et la sécurité sociale prévus en lois financières. Ces mesures sont en effet neutres toutes administrations publiques confondues et n'ont pas vocation à conduire à une perte de ressources pour la sécurité sociale.

Equilibrage des dépenses ATMP du régime des marins

Le financement du risque AT/MP du régime des marins par la branche AT/MP du régime général conduira à dégrader le solde de cette dernière et à améliorer le solde de la branche maladie du régime général. Les dépenses exposées au titre du risque AT/MP du régime des marins s'élèvent à 60,1 M€ au titre de 2015, dont 5M€ directement pris en charge par l'armateur.

Modalités de financement du Fonds CMU

Alors que le forfait devait s'élever en 2018 à 420 €, les nouvelles de revalorisation conduiraient à fixer son montant à 413 €, évolution cohérente avec la baisse du coût moyen par bénéficiaire de la CMU-c constatée en 2016 (-1,6%). A partir de 2017, une hypothèse prudente de stabilité du coût moyen a été retenue.

Les régimes suivants avaient en 2015 un coût moyen supérieur au montant du forfait :

Régimes ou organismes	Montant du coût moyen	Dépenses réalisées
CRPCEN	447 €	0,04 M€
ENIM	428 €	0,96 M€
RATP	507€	0,08 M€
Organismes complémentaires	> 408 €	41,5 M€

Source : Rapport d'activité 2016 du Fonds CMU

Si on applique sur cette assiette l'écart entre l'ancien et le nouveau forfait, l'impact pour les organismes concernés est environ d'1 M€ chaque année. En effet, sur une assiette de dépenses de 41,5 M€ pour les organismes dont le coût moyen dépasse le forfait, celle-ci n'évoluera plus comme l'inflation prévisionnelle, mais en fonction du coût moyen de la CMU-c (-1,6% en 2018 et 0 sur le reste de la période), ce qui se traduit par un moindre remboursement aux organismes gestionnaires au coût moyen supérieur à celui du forfait de 1 M€ en 2018, 1,5 M€ en 2019 et 2 M€ en 2020. Les organismes dont le coût moyen est inférieur au forfait, qui représentent la grande majorité des organismes gestionnaires, continuent à être remboursés sur la base de leur coût réel.

La mesure relative aux nouvelles modalités de financement du fonds est neutre toutes administrations publiques confondues, mais a un impact différencié entre le Fonds CMU et la CNAMTS. Puisque les réserves du fonds, qui s'établissent à 285 M€ fin 2016, devraient atteindre 368 M€ fin 2017, avant le prélèvement de 150 M€ prévu dans la partie relative à l'année en cours du présent projet de loi. Un second prélèvement sur les réserves est prévu à hauteur 150 M€ en 2018 ce qui laisse *in fine* au Fonds une marge de manœuvre (68 M€) suffisante pour couvrir ses variations de trésorerie.

Les nouvelles modalités de financement du fonds à compter de 2018 devraient éviter la constitution de nouveaux excédents : alors que des résultats de 54 M€ en 2018 et de 21 M€ en 2019 sont anticipés, la fraction de TSA pourra être ajustée à due concurrence et améliorer ainsi le solde de la CNAMTS. A noter que ces résultats prévisionnels intègrent déjà les dernières mesures en dépenses affectant les comptes du fonds.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (rectificatif)	2018 P ou R	2019	2020	2021
Réaffectation de la taxe sur les salaires		0	0	0	0
CNAMTS		-1435	-1435	-1435	-1435
CNAF		+1435	+1435	+1435	+1435
Réaffectation à l'Etat du prélèvement de solidarité		-2567	-2567	-2567	-2567
Réaffectation de la taxe sur les farines au RCO (impact sur le régime d'assurance-vieillesse des exploitants agricoles)		-64	-64	-64	-64
Création d'un transfert de la branche ATMP du régime général vers la branche ATMP des marins		0	0	0	0
Branche AT/MP du RG		-55,1	-55,1	-55,1	-55,1
Branche maladie du RG		+55,1	+55,1	+55,1	+55,1
Réforme du financement du Fonds CMU					
CNAMTS		+235	+41		
Fonds CMU		-234	-39,5		
Modification des conditions de revalorisation du forfait		+1	+1,5	+2	+2
Prélèvement de 150 M€ sur les recettes de TSA du fonds		-150			
Modification des conditions de financement par la TSA		-54	-21		
Harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement		-150	-150	-150	-150
CNAMTS		-126	-126	-126	-126
CNAF		-4	-4	-4	-4
CCMSA non salariés vieillesse		-14	-14	-14	-14
RCO		-1	-1	-1	-1
CNSA		-5	-5	-5	-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

Ces mesures n'ont pas d'impact économique : elles modifient les modalités d'affectation des recettes entre les différentes branches et régimes de la sécurité sociale, sans modifier les modalités de calcul de ces recettes fiscales ni affecter les dispositifs financés par les branches ou organismes. impacts sociaux

Cette mesure n'a aucun impact sur les dispositifs de la CMU-c et de l'ACS dont les règles ne sont pas modifiées. Ces dispositifs d'aide à l'accès aux soins, qui permettent à 5,5 M€ de personnes de bénéficier d'une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé à hauteur de 100% du tarif de la sécurité sociale pour la CMU-c, et à 1,5 M€ de bénéficier d'une aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé pour l'ACS, demeurent inchangés.

- **Impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

- b) impacts sur l'environnement**

La mesure est sans impact environnemental.

- c) 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 concernés.

- 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 l'ACOSS devront être modifiés pour prendre en compte ces réaffectations de recettes.

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

Sans impact

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

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

L'harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement nécessite la publication d'un arrêté fixant le taux retenu.

Les nouvelles modalités de financement du Fonds CMU nécessitent de modifier les articles D. 862-1 et D.862-6 du code de la sécurité sociale.

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

Ces mesures seront mises en œuvre au 1^{er} janvier 2018.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Il n'est pas nécessaire d'informer sans les assurés ou cotisants de cette mesure./

- d) Suivi de la mise en œuvre**

La mesure relative aux nouvelles modalités de financement du Fonds CMU pourra être suivie dans les différents rapports produits par le fonds, notamment ses rapports d'activité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de sécurité sociale	
Article L. 131-8 actuel	Article L. 131-8 modifié
<p>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 :</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 38,48 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 38,74 % ; - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 22,78 % ; <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;</p> <p>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 ;</p> <p>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° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,75 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %. 	<p>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 :</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 38,48 % ; - à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 38,74 48,8738,74 % ; - à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 22,78 12,6522,78 % ; <p>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 ;</p> <p>3° (Abrogé) ; 4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au au 4° de l'article L. 200-2Caisse nationale des allocations familiales ;</p> <p>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 ;</p> <p>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° ;</p> <p>7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,75 % ; b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %. <p>8° Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au I, au II et au II bis 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. Le solde est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2.</p> <p>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</p>
<p>L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs</p>	

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.	leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.
	Article L. 134-6 créé
	Est retracé dans les comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, qui en assure l'équilibre financier, le solde des charges et produits du risque accidents du travail et maladies professionnelles du régime d'assurance des marins prévu au décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins.
Article L. 135-3 actuel	Article L. 135-3 modifié
<p>I.-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article <u>L. 135-2</u> sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction, fixée au IV bis de l'article <u>L. 136-8</u>, du produit des contributions mentionnées aux articles <u>L. 136-6</u> et <u>L. 136-7</u> ;</p> <p>2° Une fraction, fixée à l'article <u>L. 245-16</u>, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles <u>L. 245-14</u> et <u>L. 245-15</u> ;</p> <p>3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article <u>1600-0 S</u> du code général des impôts.</p>	<p>I.-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.</p>
Article L. 136-8 actuel	Article L. 136-8 modifié
<p>(...)</p> <p>IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :</p> <p>1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;</p> <p>2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :</p> <p>1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 9,376 % ;</p> <p>2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.</p> <p>(...)</p>
Article L.862-2 actuel	Article L.862-2 modifié
<p>Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>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.</p> <p>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'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n°</p>	<p>Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>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.</p> <p>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'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-</p>

<p>2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.</p> <p>Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du deuxième alinéa du présent a est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>Les modalités d'application des a et b du présent article sont précisées par décret ;</p> <p>c) Par les frais de gestion administrative du fonds.</p>	<p>692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances 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.</p> <p>Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du deuxième alinéa du présent a est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>Les modalités d'application des a et b du présent article sont précisées par décret ;</p> <p>c) Par les frais de gestion administrative du fonds.</p>
Article L. 864-4 actuel	Article L.862-4 modifié
<p>(...)</p> <p>IV. - Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %.</p>	<p>(...)</p> <p>IV. — Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %.</p>
Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 14-10-5 actuel	Article L. 14-10-5 modifié
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>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.</p> <p>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 :</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>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.</p> <p>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 :</p>

<p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 et une fraction comprise entre</p>	<p>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, 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>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, 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1°</p>
--	---

<p>74 % et 82 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ;</p> <p>2° En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1°, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.</p> <p>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.</p> <p>III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>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 ;</p>	<p>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 ;</p> <p>b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit</p> <p>b) 61,4% du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article ;</p> <p>2° En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1°, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.</p> <p>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.</p> <p>III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>b) Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4</p>
--	---

<p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :</p> <p>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 28 % 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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 ;</p> <p>b bis) Abrogé.</p> <p>V bis. Abrogé.</p>	<p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :</p> <p>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 28% 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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</p>
---	--

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p>	<p>et du budget ;</p> <p>b bis) Abrogé.</p> <p>V bis. Abrogé.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p>
---	---

Code rural et de la pêche maritime

Article L731-3 actuel	Article L731-3 modifié
<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>3° Une fraction égale à 40,05 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>6° bis Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du code général des impôts ;</p>	<p>Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;</p> <p>2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;</p> <p>3° Une fraction égale à 40,05 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;</p> <p>4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;</p> <p>4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;</p> <p>4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;</p> <p>6° bis Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du code général des impôts ;</p>

<p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>	<p>7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;</p> <p>7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;</p> <p>8° Toute autre ressource prévue par la loi.</p>
Article L.732-58 actuel	Article L.732-58 modifié
<p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <p>-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 ;</p> <p>-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 ;</p> <p>-par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 viciés du code général des impôts.</p> <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <p>-les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;</p> <p>-les frais de gestion.</p>	<p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <p>-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 ;</p> <p>-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 ;</p> <p>-par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 viciés du code général des impôts.</p> <p>- par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 septies du code général des impôts ;</p> <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <p>-les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;</p> <p>-les frais de gestion.</p>
Code général des impôts	
Article 1600-O-S actuel	Article 1600-0-S modifié
<p>I. – Il est institué :</p> <p>1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 2 %.</p> <p>IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. – Il est institué :</p> <p>1° Un prélèvement de solidarité sur les revenus du patrimoine mentionnés à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Un prélèvement de solidarité sur les produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du même code.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>III. – Le taux des prélèvements de solidarité mentionnés au I est fixé à 2 %.</p> <p>IV. – Le produit des prélèvements de solidarité mentionnés au I est affecté à l'Etat au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.</p>

Article 1647 actuel	Article 1647 modifié
<p>(...)</p> <p>III.-Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p> <p>(...)</p>	<p>(...)</p> <p>III.-Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations impositions, taxes et autres contributions perçues au profit des organismes de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances. conjoint du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>(...)</p>

I. Présentation de la mesure

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

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est versé, sans condition de ressources, aux familles qui exercent une activité professionnelle (L. 531-5 et 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 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 ».

Le CMG « emploi direct » est versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile. Il consiste en :

- Une prise en charge des cotisations et contributions sociales 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, et de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile dans la limite d'un montant plafond variable selon l'âge de l'enfant : 447 € pour un enfant âgé de 0 à 3 ans, 224 € pour un enfant âgé de plus de 3 ans) ;
- Une prise en charge maximale de 85 % de la rémunération nette (salaire et indemnités d'entretien) du salarié, dans la limite d'un montant plafond variable selon les ressources et la composition du foyer.

En 2015, la CNAF dénombrait également 780 445 bénéficiaires du CMG « emploi direct », dont 69 730 étaient des familles monoparentales, pour une dépense totale de 5,6 milliards d'euros.

Par ailleurs, le CMG peut également être versé lorsque la famille ou le ménage recourt, pour assurer la garde de son (ses) enfant(s) de moins de 6 ans, à une association, à une entreprise ou à une micro-crèche¹. Dans ce cas, la famille n'est pas directement employeur mais a recours à un tiers qui emploie, pour son compte, une personne chargée d'assurer la garde des enfants. Il 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 l'association ou l'entreprise 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 2015, la CNAF dénombrait 57 146 bénéficiaires du CMG « structure » pour une dépense de 297 M€. Parmi ces bénéficiaires du CMG structure, 6 441 étaient des familles monoparentales.

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 revenu².

Afin de favoriser l'accès à un mode de garde formel des familles monoparentales, les plafonds de ressources qui leur sont applicables sont majorés de 40 %.

Les montants maximum de CMG sont les mêmes que pour les couples. Or les besoins de garde peuvent être majorés par la situation d'isolement, qui induit des contraintes particulières en termes de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Il est du reste établi que les enjeux de garde d'enfant constituent l'un des principaux freins à la reprise d'emploi des familles monoparentales. Il paraît donc légitime, afin de faciliter la reprise ou d'accroissement d'activité professionnelle des parents isolés, d'améliorer la solvabilisation du recours à une garde individuelle, souvent plus flexible que l'accueil collectif.

La loi détermine les principes de calcul du droit au CMG, ainsi que les situations qui ouvrent droit à une majoration de son montant. Introduire un cas supplémentaire de majoration requiert donc une mesure législative.

¹ Par dérogation aux règles régissant l'accueil collectif, les micro-crèches (10 enfants maximum) peuvent opter pour un financement par la PAJE et ouvrir droit, pour les parents, au CMG « structure ».

² Pour une garde à l'extérieur du domicile (assistant maternel), le montant du crédit d'impôt est égal à 50% des sommes versées, déduction faite des aides de la CAF ou de l'employeur, dans la limite de 2 300€ par an et par enfant de moins de 6 ans. Pour une garde au domicile des parents, le montant du crédit d'impôt est égal à 50% des sommes versées, déduction faite des aides de la CAF ou de l'employeur, dans la limite de 12 000€ par an majorée de 1 500€ par enfant à charge.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à majorer le montant maximal du CMG « emploi direct » et du CMG « structure » pour les familles dont la charge de l'un ou des enfants est assurée par un seul parent.

Cette majoration du montant maximum de CMG sera fixée par décret. Elle pourrait être égale à la majoration du montant déjà prévue pour les bénéficiaires de l'AAH, soit + 30 %.

Ces familles monoparentales pourront ainsi bénéficier à la fois de la majoration des plafonds retenus, et du montant maximal. Le taux d'effort minimal demandé, équivalent à 15% de la rémunération, ne sera pas modifié.

Cette mesure contribuera à soutenir l'activité professionnelle des familles monoparentales en rendant plus accessible le recours à l'accueil individuel de leurs enfants.

Le nouveau barème du CMG pour les familles monoparentales serait donc le suivant (chiffres définis à partir des montants 2017 qui seront revalorisés au 1^{er} avril 2018) :

Barème du CMG applicable au titre d'un enfant né ou adopté à compter du 1^{er} avril 2018 pour les familles monoparentales

Nombre à charge	d'enfant	Revenus (R) (majoration 40 %)		
		Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant		28 713 €	63 805 €	63 805 €
2 enfants		32 788 €	72 862 €	72 862 €
3 enfants		35 663 €	81 918 €	81 918 €
Montant plafond du CMG « emploi direct » (majoration 30 %)				
	Enfant de moins de 3 ans	599,82 €	377,31 €	226,92 €
	Enfant de 3 à 6 ans	299,91 €	189,14 €	113,46 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel (majoration 30 %)				
	Enfant de moins de 3 ans	907,66 €	756,39 €	605,14 €
	Enfant de 3 à 6 ans	453,83 €	378,20 €	302,57 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche (majoration 30 %)				
	Enfant de moins de 3 ans	1096,80 €	945,48 €	764,21 €
	Enfant de 3 à 6 ans	548,40 €	472,74 €	397,10 €

Montants indicatifs de CMG en vigueur au 1er avril 2017 (qui seront revalorisés le 1^{er} avril 2018)

Par ailleurs, cette mesure est complétée par une mesure réglementaire favorable aux familles de rétroactivité d'un mois du CMG, dans le cadre du « droit à l'erreur ». La mesure consiste à ouvrir le droit au CMG dès le mois d'emploi au lieu du mois du dépôt de la demande, dans la limite d'une rétroactivité d'un mois, afin de créer un « droit à l'erreur » en matière de CMG : les parents ne seront ainsi plus pénalisés lorsqu'ils oublient de demander la prestation dès le premier jour de garde.

b) Autres options possibles

Une augmentation de la majoration du plafond de ressources applicable aux familles monoparentales n'apporterait pas de solution aux parents isolés qui saturent aujourd'hui leur droit à CMG, et de ce fait supportent intégralement la charge de toute augmentation du nombre d'heures de garde.

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 de la disposition du 1^o et du 2^o 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, 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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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 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 disposition proposée est codifiée (articles L.531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

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

A 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

L'impact de cette mesure pour le CMG « emploi direct » portera uniquement sur le volet rémunération de ce CMG. En effet, le montant des cotisations prises en charge dans le cadre du CMG « emploi direct » ne changera pas (100 % de prise en charge pour les assistants maternels, 50 % pour les gardes à domicile).

La mesure aurait un coût annuel de 40 M€ en année pleine.

Compte tenu des délais de mise en œuvre dans le système d'informations de la CNAF, la mesure entrerait en vigueur en octobre 2018, limitant le coût pour cet exercice à 10 millions d'euros.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rect)	2018	2019	2020	2021
CNAF		- 10 M€	- 40 M€	- 40 M€	- 40 M€

Cette amélioration de la solvabilisation aura un effet en N+1 sur les crédits d'impôt accordés au titre des frais de garde.

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

a) impacts économiques

Bénéficiaires du CMG et montant moyen de CMG versé : répartition des effectifs selon la configuration familiale :

		Hors bénéficiaires de l'AAH	
		Effectifs	Montant moyen de CMG versé
Monoparents	1 enfant	47 866	315,4 €
	2 enfants	26 131	344,7 €
	3 enfants et plus	8 672	350,6 €
Couples	1 enfant	343 075	252,1 €
	2 enfants	346 341	277,1 €
	3 enfants et plus	97 907	273,2 €
Total monoparents		82 669	328,3 €
Total couples		787 323	265,7 €

Source : Cnaf-Dser, Allstat FR2 mai 2017

Actuellement, près de 83 000 parents isolés bénéficient du CMG, tous revenus confondus.

Les familles monoparentales bénéficiaires du CMG « emploi direct » et/ou « structure » percevront un montant de prestation plus élevé si elles étaient déjà au montant maximum d'aide qui pouvait leur être versé, et si elles respectaient la règle de 15% de RAC minimum.

Pour les familles monoparentales bénéficiaires du CMG « emploi direct » et/ou « structure » qui ne sont pas au plafond du montant maximum de l'aide, en raison d'un RAC déjà de 15%, le montant de CMG qui leur est versé n'évoluera pas.

Pour les familles monoparentales bénéficiaires du CMG « emploi direct » (emploi d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile), le gain mensuel après CRDS sera au maximum de :

CMG « emploi direct »	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Enfant de moins de trois ans	138,42 €	87,07 €	52,37 €
Enfant de moins de six ans	69,21 €	43,65 €	26,18 €

Pour les familles monoparentales bénéficiaires du CMG « structure » (recours à une entreprise ou une association employant des assistants maternels ou des gardes à domiciles ou à une micro-crèche), le gain mensuel après CRDS sera au maximum de :

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	209,46 €	174,55 €	139,65 €
Enfant de moins de six ans	104,73 €	87,28 €	69,82 €
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	253,11 €	218,19 €	183,28 €
Enfant de moins de six ans	126,55 €	109,09 €	51,64 €

Par exemple, grâce à la mesure, le reste à charge avant crédit d'impôt pour l'emploi d'une assistante maternelle à temps plein sera ramené au maximum de 227 à 104 euros par mois pour un parent en tranche 1 du CMG. Ainsi, le passage d'un temps partiel de garde (mi-temps) à un temps plein coûtera à ce parent 53 euros par mois au lieu de 176 avant réforme (augmentation de la rémunération nette de 343 à 690 euros, mais augmentation du CMG de 292 à 586 euros au lieu de 463 avant réforme).

b) impacts sociaux

Cette mesure facilitera l'accès des familles monoparentales à un mode de garde formel, et contribuera donc à les aider à mieux concilier vie familiale et vie professionnelle et à conserver leur emploi.

En effet, le parent de famille monoparentale doit faire face aux obligations familiales, comme la garde des enfants, tout en représentant la seule source de revenus du foyer. Ainsi, les mères isolées sont plus souvent actives que celles d'une famille traditionnelle ou recomposée : 87 % contre 83 % en 2011. Toutefois, les parents isolés occupent moins fréquemment un emploi que les parents vivant en couple. Ils sont deux fois plus touchés par le chômage, leur taux de chômage atteignant 25 % contre 12 % pour les parents vivant en couple.

• Impact sur les jeunes

Néant

• Impact sur les personnes en situation de handicap

En 2015, la CNAF avait dénombré 7 095 familles monoparentales dont un des enfants âgés de moins de six ans percevait l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AAEH). Cette mesure facilitera l'accès à un mode de garde individuel pour ces familles également.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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 qui ne vivent pas en couple du marché de travail.

Du fait de la forte féminisation de la monoparentalité, 30 % des parents qui ne vivent pas en couple et qui travaillent le font à temps partiel alors que cette proportion n'atteint que 20 % pour les actifs occupés d'un couple et 38 % pour les mères vivant en couple. Au total, 45 % des parents qui ne vivent pas en couple occupent un emploi à temps complet soit 19 points de moins que les parents d'un couple.

Les difficultés sur le marché du travail affectent particulièrement les parents plus jeunes qui ne vivent pas en couple, notamment les femmes pour lesquelles la naissance des enfants a pu intervenir précocement, avant la fin des études ou le début de l'activité professionnelle. C'est ainsi que 36 % des jeunes mères, de moins de 35 ans, sont à la recherche d'un emploi lorsqu'elles sont à la tête d'une famille monoparentale contre 17 % pour les jeunes mères vivant en couple. Parmi elles, seulement 12 % ont suivi des études dans l'enseignement supérieur alors que cette proportion atteint 34 % pour l'ensemble des mères de moins de 35 ans.

Face aux difficultés sur le marché du travail, les parents de familles monoparentales sont d'autant plus vulnérables qu'ils ne peuvent compter sur le revenu d'un conjoint pour subvenir aux besoins de la famille, même si parfois, le parent non gardien peut contribuer via une pension alimentaire ou toute autre aide monétaire.

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 nécessite pas démarche administrative spécifique de la part des assurés mais une information spécifique devra être formulée aux familles monoparentales 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...)

Le système d'information de la CNAF et de la CCMSA devra 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 le 1er octobre 2018, 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 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 SI de la CNAF, l'entrée en vigueur d'une telle réforme pourrait être envisagée à partir du 1er octobre 2018 (stock).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure nécessite la mise à jour des sites internet des caisses de sécurité sociale concernées. De plus, les bénéficiaires du complément du libre choix de mode de garde devront être informés de cette évolution à venir.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure est couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS susceptible de jouer cet office. Le sous-indicateur 8-2 « Coût des différents modes de garde « formels » » retrace au niveau macro-économique la part des dépenses de prestations, selon l'âge de l'enfant, en distinguant les différents types de CMG. La mesure ne devrait pas avoir d'impact significatif sur ce sous-indicateur.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 531-5 en vigueur	Article L. 531-5 modifié
<p>I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.</p> <p>Ce complément comprend deux parts :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. <p>II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.</p> <p>Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 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</p>	<p>I.-Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.</p> <p>Ce complément comprend deux parts :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. <p>II.-Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant mentionné au a du I correspond à la totalité des cotisations et contributions sociales, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.</p> <p>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</p>

<p>arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>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'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.</p> <p>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 :</p> <p>1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>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'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.</p> <p>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 :</p> <p>1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 531-6 en vigueur</p>	<p>Article L. 531-6 modifié</p>
<p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies</p>	<p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° Lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule.</p> <p>Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au premier alinéa du IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.</p>

<p>par décret.</p> <p>L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.</p> <p>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.</p>
<p>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>	
<p>6° de l'article 11 en vigueur</p>	<p>6° de l'article 11 modifié</p>
<p>6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes :</p> <p>a) (Abrogé)</p> <p>b) (Abrogé)</p> <p>c) (Abrogé)</p> <p>d) Au début du second alinéa de l'article L. 531-4-1, les mots : "La région" sont remplacés par le mot : "Saint-Pierre-et-Miquelon" ;</p> <p>e) Au début du premier alinéa de l'article L. 531-8, les mots : "les caisses versent" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale verse" ;</p>	<p>6° Articles L. 531-1 à L. 531-10 sous réserve des adaptations suivantes :</p> <p>a) (Abrogé)</p> <p>b) (Abrogé)</p> <p>c) (Abrogé)</p> <p>d) a) Au début du second alinéa de l'article L. 531-4-1, les mots : "La région" sont remplacés par le mot : "Saint-Pierre-et-Miquelon" ;</p> <p>b) L'article L. 531-5 est ainsi rédigé :</p> <p>"Art. L 531-5. – I. – Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.</p> <p>"Ce complément comprend :</p> <p>"a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;</p> <p>"b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.</p> <p>"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.</p> <p>"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.</p> <p>"La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :</p> <p>"- lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;</p> <p>"- lorsque la personne ou au moins l'un des membres</p>

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 ;

“- aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

“II. – Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

“Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 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'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

“Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

“1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

“2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

“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.” ;

c) L'article L. 531-6 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n°... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2018.

	<p>⇨ d) Au début du premier alinéa de l'article L. 531-8, les mots : "les caisses versent" sont remplacés par les mots : "la Caisse de prévoyance sociale verse" ;</p>
--	--

Article 26 - Harmonisation du barème et des plafonds de la PAJE et du complément familial

I. Présentation de la mesure

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

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) se compose de la prime à la naissance, de l'allocation de base (AB), du complément de libre choix du mode de garde (CMG) et du complément de libre choix d'activité (CLCA) remplacé par la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) pour les enfants nés à compter du 1er janvier 2015.

L'allocation de base est attribuée pour chaque enfant à partir du 1er jour du mois qui suit la naissance et jusqu'au troisième anniversaire. Elle est versée sous condition de ressources, avec une modulation de son montant.

Les enfants adoptés ouvrent aussi droit à l'allocation de base mais elle est alors versée pendant une durée de 36 mensualités, tant que l'enfant est âgé de moins de 20 ans.

Une même famille ne peut cumuler plusieurs allocations de base que dans le cas des enfants issus de naissances multiples ou d'adoptions multiples simultanées.

Pour sa part, le complément familial (CF) est une prestation, elle aussi soumise à condition de ressources, et réservée aux familles n'ayant que des enfants d'au moins 3 ans. Les conditions d'ouverture du droit restent différenciées entre la métropole et les DOM, malgré la mesure d'alignement du plafond effective depuis avril 2017 et de la convergence des montants prévue par la loi de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer. En métropole, le foyer doit ainsi compter au moins 3 enfants à charge de plus de 3 ans ; dans les DOM historiques, le foyer doit compter au moins un enfant à charge ayant entre 3 et 5 ans.

Ces deux prestations ont ainsi vocation, dans un grand nombre de situations, à se succéder. Or tant les plafonds de ressources applicables à ces deux prestations que leurs montants sont différents, affectant ainsi la lisibilité d'ensemble de l'architecture des prestations familiales.

Une première étape de convergence avait été posée par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui prévoit le gel du montant de l'AB à taux plein jusqu'à ce que celui du CF lui devienne au moins égal, dans le cadre des revalorisations annuelles de la base mensuelle des allocations familiales.

Il est proposé de finaliser cette harmonisation, en modifiant la loi pour permettre de façon rapprochée un alignement du montant de l'AB à taux plein sur celui du complément familial, ainsi qu'un alignement des plafonds de ressources applicables, et à en tirer les conséquences sur l'allocation de base à temps partiel, la prime à la naissance et de la prime à l'adoption. La réforme ne concernera que les nouvelles naissances ou adoptions, de façon à ne pas affecter les droits en cours. Elle se fera essentiellement par voie réglementaire, les montants et plafonds étant fixés par décret.

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

a) Mesure proposée

La mesure, essentiellement réglementaire, consiste à aligner le montant et les plafonds de l'allocation de base (AB) à taux plein sur celui du complément familial (CF), pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2018. Les conséquences en seront tirées sur l'allocation de base versée à taux partiel et sur la prime à la naissance et la prime à l'adoption.

1- Alignement du montant de l'AB à taux plein sur le montant du CF

Le complément familial s'élève au 1^{er} avril 2017 à 169,03 € par mois. Il sera revalorisé au 1^{er} avril 2018. Le taux plein de l'allocation de base de la PAJE s'élève pour sa part depuis 2014 à 184,62 € par mois. Le taux partiel est égal à la moitié de ce montant. La présente mesure revient sur le gel du montant de l'AB de la PAJE prévu par la LFSS pour 2014. Pour les enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018, ces montants resteront identiques jusqu'à la fin du droit. Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} avril 2018, les montants de l'AB de la PAJE sont alignés sur ceux du CF. Ils seront plus bas d'environ 15 € pour l'AB à taux plein, et d'environ 7,5 € pour l'AB à taux partiel. Ces montants seront ensuite revalorisés annuellement comme les autres prestations familiales au 1^{er} avril. Le montant de la prime à la naissance est lui en revanche dégelé (montant 2017 : 923,08€).

2- Alignement du plafond de l'AB à taux plein sur celui du CF

Les plafonds de ressources applicables actuellement à l'AB de la PAJE et au CF diffèrent non seulement dans leur niveau, mais aussi dans leur structure.

Au 1^{er} avril 2017, ils s'établissent comme suit :

Nb d'enfants*	AB à taux plein		CF	
	monoactif	Biactif/monoparent	monoactif	Biactif/monoparent
1 enfant	30 027	38 148	26 184	34 604
2 enfants	35 442	43 563	31 421	39 841
3 enfants	40 857	48 978	37 705	46 125
4 enfants	46 272	54 393	43 989	52 409

* Il s'agit des enfants à charge pour le CF et des enfants nés ou à naître pour l'AB.

A partir du 1er avril 2018, les plafonds de l'AB à taux plein de la PAJE seront alignés sur ceux du CF. La mesure maintient les droits au titre des enfants nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018. Elle conduit en revanche à resserrer les conditions d'accès à l'allocation de base pour les naissances et adoptions postérieures à cette date.

Les plafonds applicables à la prime à la naissance ou d'adoption, ainsi qu'à l'AB à taux partiel correspondent actuellement à 119,47 % du plafond de l'AB à taux plein. Cette différence sera maintenue après réforme. Les plafonds applicables au complément mode de garde resteront pour leur part inchangés.

b) Autres options possibles

Une alternative aurait été le maintien de la situation actuelle, avec un gel des montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance. Elle n'aurait cependant pas permis l'harmonisation complète, qui concerne également les plafonds. Et elle aurait prolongé le gel de la prime à la naissance.

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 de la disposition 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.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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 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

Pas de codification nécessaire.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure nécessite l'abrogation du III de l'article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 à compter du 1^{er} avril 2018 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date (devenu obsolète du fait de l'alignement des montants).

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

Départements d'Outre mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non 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 non 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**

L'application de la réforme aux seules naissances et adoptions conduit à une montée en charge progressive, sur 3 ans, des économies.

La mesure générerait une économie de 70 millions d'euros en 2018 (30 millions d'euros au titre de l'allocation de base de la PAJE et 40 millions d'euros au titre de la prime à la naissance). Ce rendement devrait être croissant sur les années suivantes.

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

Au 31 décembre 2016, la CNAF comptait 1 561 223 allocataires de l'allocation de base à taux plein et 151 629 allocataires de l'allocation à taux partiel.

Il est estimé que le resserrement des conditions d'accès ne concernera que 4% des ménages qui auraient été éligibles sans cette réforme pour ce qui concerne l'allocation de base, et 6% pour ce qui concerne la prime à la naissance. En outre 6% des ménages qui auraient été éligibles sans la réforme à l'allocation de base à taux plein le seront à taux partiel.

Compte tenu de la modification de la structure du barème, le resserrement touchera plus particulièrement les ménages avec un seul revenu d'activité et un seul enfant, et relativement moins les ménages des autres configurations.

L'alignement du montant de l'AB concernera tous les futurs bénéficiaires de l'AB, qui percevront un montant de prestation de l'ordre de 7,5 € ou de 15 € par mois plus bas que les actuels bénéficiaires.

En revanche, les montants de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption, ainsi que les montants de l'AB à taux plein et de l'AB à taux partiel une fois alignés, seront dégelés et augmenteront dans le cadre des revalorisations annuelles de la base mensuelle des allocations familiales alors qu'ils n'ont pas évolué depuis 2014.

• 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 [selon les cas], notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives

Cette mesure ne nécessite pas démarche administrative spécifique de la part des assurés mais une information spécifique devra être formulée aux familles.

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

Le système d'informations de la CNAF et de la CCMSA devra 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.

Les textes d'application à prendre sont les suivants :

- Pour la mesure d'alignement du montant de l'AB à taux plein sur celui du CF : décret simple modifiant l'article D. 531-3 du CSS ;
- Pour la mesure d'alignement des plafonds de l'AB à taux plein sur celui du CF : décret en Conseil d'Etat pour modifier l'article R. 531-1 du CSS et décret simple pour fixer les montants respectifs du plafond de base et de la majoration pour bi-activité de l'AB à taux partiel de la PN et de la PA (non codifié) ;
- Pour la mesure de déconnexion du calcul du barème du CMG du plafond de l'AB à taux partiel : décret simple modifiant les articles D. 531-18 et D. 531-23 du CSS (et créant l'article D. 531-18-1 fixant le montant des plafonds du CMG si construction d'un barème CMG indépendant).

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 SI de la CNAF, notamment pour la gestion différenciée des actuels bénéficiaires et des nouveaux, l'entrée en vigueur est décalée au 1er avril 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure nécessite la mise à jour des sites internet des caisses de sécurité sociale concernées et une information aux allocataires.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de de la sécurité sociale	
Article L. 531-2	Article L. 531-2 modifié
<p>La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.</p> <p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p> <p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p> <p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>	<p>La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.</p> <p>La date de versement de cette prime est fixée par décret.</p> <p>Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.</p> <p>Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret par référence au plafond applicable à l'allocation de base versée à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3, et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p>
Article L. 531-3	Article L. 531-3 modifié
<p>L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p> <p>L'allocation est versée pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie au premier alinéa du présent article.</p> <p>Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que</p>	<p>L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.</p> <p>Le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial prévu par l'article L. 522-1 et la fixation de son montant.</p> <p>L'allocation est versée pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite</p>

<p>pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.</p>	<p>mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie au premier alinéa du présent article.</p> <p>Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.</p>
--	---

Article 28 - Revalorisation de l'ASPA et des anciennes allocations du minimum vieillesse

I. Présentation de la mesure

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

Créé en 1956, le minimum vieillesse est un dispositif destiné à garantir un niveau de ressources minimal aux personnes âgées. Depuis 2006 avec l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004, le dispositif du minimum vieillesse a été simplifié par la création d'une prestation unique se substituant aux anciennes prestations qui constituaient le minimum vieillesse : l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

L'ASPA est une allocation différentielle : elle est versée pour compléter les ressources de l'allocataire jusqu'à un montant maximum. Au 1^{er} avril 2017, le montant de l'ASPA pour une personne seule s'élève à 803,20 € par mois et à 1 246,97 € pour un couple (conjoints, concubins ou pacsés). L'ASPA est aujourd'hui revalorisée tous les ans, au 1^{er} avril, en fonction de l'inflation constatée (article L. 816-2 du code de la sécurité sociale).

Afin de réduire les situations de pauvreté des personnes âgées et conformément à l'engagement présidentiel, une revalorisation significative du montant du minimum vieillesse et de l'ASPA sera mise en oeuvre. Le montant de l'ASPA et du minimum vieillesse sera revalorisé progressivement par décret, pour atteindre un montant de 903 € par mois en 2020, ce qui représente 100 € par mois de plus qu'aujourd'hui. Compte tenu de l'avancement au 1^{er} janvier de la date de revalorisation de l'ASPA en 2019, il est ainsi prévu d'augmenter le montant de 30 € par mois au 1^{er} avril 2018 et de 35 € par mois au 1^{er} janvier 2019 puis au 1^{er} janvier 2020.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée autorise le pouvoir réglementaire à revaloriser le montant du minimum vieillesse et de l'ASPA d'un montant supérieur à celui qui résulte de l'application des règles de revalorisation annuelle, qui intervient en fonction de l'inflation (article L. 816-2 du code de la sécurité sociale). Il est prévu une revalorisation de 100 € sur 3 ans, pour un montant de 30 € par mois la première année et de 35 € par mois les années suivantes. Le montant s'établira donc à 903 € par mois pour une personne seule en 2020.

Il est proposé de revaloriser à due proportion les montants applicables aux couples. Cela portera le montant de l'ASPA couple à 1 402 € en 2020 (+ 155 €)

b) Autres options possibles

- Une première option possible aurait consisté à ne cibler que les personnes seules.

Dans cette hypothèse, les montants et plafonds de ressources couples (mariés, concubins, pacsés) ne bénéficieraient donc que des revalorisations légales (inflation). Une telle mesure n'aurait pas permis de lutter contre la pauvreté chez les personnes âgées vivant en couple. Au contraire, la mesure retenue, qui prévoit une augmentation de l'ASPA pour les couples de près de 155 € à terme, garantit que les couples bénéficient dans les mêmes proportions que les personnes seules de la revalorisation de l'ASPA.

- Une seconde option aurait consisté à ne cibler la mesure que sur l'ASPA.

Dans cette option, les bénéficiaires du minimum vieillesse n'auraient pas pu bénéficier de la mesure, ce qui contreviendrait à l'objectif poursuivi qui vise à réduire les situations de pauvreté des personnes âgées.

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

La place de cette mesure en LFSS se justifie au regard des dispositions du 1° et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en raison de son impact sur les dépenses du FS.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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.

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

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure étant de nature transitoire, elle ne sera pas codifiée. Le décret d'application fixant le montant de l'ASPA sera quant à lui codifié.

La mesure concernant l'octroi de la CMUc et l'ACS sera codifiée à l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure ne donne pas lieu à abrogation de dispositions obsolètes.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure spécifique applicable
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 d'une revalorisation du minimum vieillesse et de l'ASPA de 100 € par mois sur 3 ans serait d'environ 525 M€, en tenant compte de l'inflation prévisionnelle attendue dans les prochaines années, .

Cette revalorisation conduirait à augmenter le montant servi aux bénéficiaires actuels (environ 550 300) mais permettrait également à de nouveaux bénéficiaires d'intégrer le dispositif (environ 46 000 personnes).

Les chiffres qui suivent n'incluent pas les effets de l'avancement de la date de revalorisation de l'ASPA au 1^{er} janvier à compter de 2019.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)					
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)					
	Coût ou moindre recette (signe -)					
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021	2022
FSV		-115	-340	-525	-535	-545

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

a) impacts économiques

La mesure aura un effet bénéfique sur le pouvoir d'achat des assurés concernés.

b) impacts sociaux

La mesure proposée bénéficiera aux assurés âgés les plus modestes.

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

L'objet de la mesure est de soutenir le niveau de vie des personnes âgées modestes. Elle n'est pas différenciée selon le sexe. Néanmoins, au regard de la composition des allocataires du minimum vieillesse et de l'ASPA, la revalorisation de ces prestations contribuera notamment à améliorer la situation des femmes âgées, lesquelles sont le plus exposées à la précarité.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Sans objet. L'ASPA reste calculé directement par les caisses de sécurité sociale ou le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret d'application pris au début de l'année 2018 permettra de fixer les montants et plafonds au 1^{er} avril 2018, au 1^{er} janvier 2019 et au 1^{er} janvier 2020 (+100 € par mois en 2020 par rapport au montant actuel).

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés

Une information coordonnée des caisses auprès des bénéficiaires actuels et des bénéficiaires potentiels devra être prévue (supports adressés aux retraités, information lors de la liquidation, etc.).

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi par les caisses de retraite. Par ailleurs, l'indicateur n° 10 du programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS permet de dénombrer le nombre d'allocataires du MV et de l'ASPA et leur proportion parmi les personnes de 65 ans ou plus.

Article 29 – Fixation des dates de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse au 1er janvier de chaque année

I. Présentation de la mesure

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

Les pensions de retraite sont revalorisées au 1er octobre. Les autres plafonds et montants de prestations de sécurité sociale sont quant à eux revalorisés le 1er janvier ou le 1er avril. Le minimum vieillesse (allocation de solidarité pour les personnes âgées et anciennes allocations du minimum vieillesse), notamment, est revalorisé le 1er avril, ce qui peut conduire certaines personnes à voir leur situation évoluer au cours de l'année.

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

a) Mesure proposée

Le code de la sécurité sociale prévoit le principe d'une revalorisation des pensions de retraite le 1er octobre de chaque année, par application d'un coefficient fixé par référence à l'évolution des prix. Ainsi, au 1er octobre 2017 les pensions de retraite ont été revalorisées de 0.8%.

Il est proposé de reporter la date de revalorisation des pensions de retraite, du 1er octobre au 1er janvier, ce qui favorisera une cohérence accrue avec le calendrier de revalorisation des autres prestations ainsi qu'avec le calendrier des lois de financement de la sécurité sociale. Dans le même temps, l'ASPA et les anciennes allocation du minimum vieillesse verront leur date de revalorisation avancée du 1er avril au 1er janvier.

Cette mesure contribue ainsi à rétablir, dès 2019, la cohérence de l'ensemble des revalorisations des prestations vieillesse en procédant à l'alignement au 1er janvier des dates de revalorisation des pensions et du minimum vieillesse (anciennes allocations du minimum vieillesse et allocation de solidarité aux personnes âgées).

Cette mesure sera favorable aux retraités modestes, qui bénéficieront par ailleurs de la revalorisation exceptionnelle de l'ASPA, à hauteur de 100€ par mois sur 3 ans.

Cette mesure contribuera également au redressement des comptes publics. La première échéance de revalorisation des pensions de retraite postérieure à la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sera fixée au 1er janvier 2019. Ainsi, les montants des pensions de retraite resteront stables sur la totalité de l'année 2018. Les cotisations et salaires pris en compte lors de la liquidation des pensions de vieillesse (salaire porté au compte), dont les dates de revalorisation sont alignées sur celles de revalorisation des pensions, seront désormais également revalorisés le 1er janvier.

Pour les retraités les plus modestes, la revalorisation annuelle du minimum vieillesse (l'ASPA, de l'allocation spéciale pour les personnes âgées servie à Mayotte sera quant à elle avancée d'avril à janvier dès 2019. Ainsi, la deuxième étape de revalorisation exceptionnelle interviendra à compter du 1er janvier 2019 et la troisième et dernière étape à compter du 1er janvier 2020.

b) Autres options possibles

Un décalage au 1er avril de la revalorisation des pensions aurait eu un impact plus défavorable pour les retraités. Un décalage au 1er octobre de la revalorisation du minimum vieillesse aurait pénalisé les retraités modestes.

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 en raison de son impact sur l'équilibre financier des régimes obligatoires d'assurance vieillesse, en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

Codification de la disposition par la modification de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Départements et régions d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure spécifique applicable</i>
Collectivités d'Outre-mer	
<i>Saint Martin et Saint Barthélemy</i>	<i>Applicable</i>
<i>Saint Pierre et Miquelon</i>	<i>Applicable, par renvoi au code de la sécurité sociale pour les pensions de retraite</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Non applicable</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

En 2018, l'impact financier de la mesure résulte de la stabilité des montants des pensions de retraite entre le 1er octobre et le 31 décembre (3 mois) pour l'ensemble des régimes de base obligatoire.

Pour 2019, l'impact financier résulte de la combinaison de la fixation, au 1er janvier, de la date de revalorisation des pensions de retraite et du minimum vieillesse, respectivement en lieu et place du 1er octobre et du 1er avril, ainsi que des effets de long terme, liés à un effet « rebasage ».

Les chiffrages qui suivent n'incluent en revanche pas les effets de la revalorisation exceptionnelle de l'ASPA.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régimes de vieillesse de base + FSV		380	405	490	450

Pour le seul régime général, l'impact est de 315 M€ en 2018, 350 Me en 2019, 420 M€ en 2020 et 390 en, 2021.

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

L'impact de la mesure sera faible pour les ménages compte tenu de la limitation dans le temps de la stabilité du montant des pensions (3 mois) et du caractère contenu de l'inflation. Il sera positif pour certains retraités modestes qui bénéficieront d'un avancement de 3 mois de la date de revalorisation du minimum vieillesse.

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

Sans objet

- *impact sur les jeunes*

Sans objet

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Les caisses de retraite intégreront dans leurs systèmes d'information les nouvelles dates de revalorisation des pensions, des cotisations et salaires portés au compte et du minimum vieillesse.

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.

La mesure est d'application directe.

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera assurée par les caisses.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi par les caisses de retraite et par la direction de la sécurité sociale, notamment par le biais des indicateurs n°8,10 et 14 du programme de qualité et d'efficience (PQE).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-23-1 actuel	Article L. 161-23-1 modifié
Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er octobre de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.	Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er janvier octobre de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.
Article L. 816-2 actuel	Article L. 816-2 nouveau
Les montants de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 .	Les montants de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution sont revalorisés au 1er janvier avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.
Article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte actuel	Article 29 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte nouveau
<p>Le coefficient annuel de revalorisation de l'allocation spéciale pour les personnes âgées ainsi que le plafond prévu à l'article 28 sont revalorisés dans les conditions applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant maximum de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est fixé par décret.</p> <p>Pour bénéficier du montant maximum de l'allocation spéciale, le demandeur ne doit pas disposer de ressources annuelles, y compris ce montant et, le cas échéant, celles de son conjoint, supérieures au plafond prévu à l'article 28. Lorsque ce total dépasse ce plafond, il est servi une allocation spéciale réduite en conséquence.</p>	<p>Le coefficient annuel de revalorisation de l'allocation spéciale pour les personnes âgées ainsi que le plafond prévu à l'article 28 sont revalorisés dans les conditions applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale. prévues à l'article L. 816-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant maximum de l'allocation spéciale pour les personnes âgées est fixé par décret.</p> <p>Pour bénéficier du montant maximum de l'allocation spéciale, le demandeur ne doit pas disposer de ressources annuelles, y compris ce montant et, le cas échéant, celles de son conjoint, supérieures au plafond prévu à l'article 28. Lorsque ce total dépasse ce plafond, il est servi une allocation spéciale réduite en conséquence.</p>

Article 31 – Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale

I. Présentation de la mesure

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

Les dispositions législatives en vigueur fixent le point de départ de l'indemnisation des maladies professionnelles à la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa pathologie et une activité professionnelle. En effet, en application de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, cette date est assimilée à la date de l'accident. Eu égard aux dispositions applicables en matière d'accidents du travail, cette assimilation emporte pour conséquence que le certificat médical susmentionné - dit « certificat médical initial ou CMI » constitue le point de départ :

- du délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle (cf. article L. 431-2 du code de la sécurité sociale) ;
- des prestations versées par les caisses au titre de la maladie professionnelle en cause¹.

Cette règle résulte des dispositions de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Auparavant, c'était la date de la première constatation médicale de la maladie (DPCM)² qui était retenue comme point de départ, que l'origine professionnelle de la maladie soit présumée ou non à cette date.

La modification opérée - favorable aux assurés quant au délai de prescription - était justifiée par l'ignorance fréquente des victimes à la date de la première constatation médicale de la maladie du lien possible entre leur maladie et leur activité professionnelle. Cette ignorance n'était pas susceptible, selon la jurisprudence de la Cour de cassation, de permettre le report du point de départ du délai de prescription.

Néanmoins, cette règle conduit à ce que, en particulier pour les pathologies présentant un délai de latence important et pour lesquelles l'origine professionnelle n'est pas immédiatement identifiable, les personnes ne soient pas d'emblée indemnisées selon les dispositions, plus favorables, applicables pour les accidents du travail. Cette règle est ainsi source d'inéquité et d'incompréhension de la part de bon nombre d'assurés.

Il apparait donc souhaitable de remédier à cette situation.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à améliorer l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles, tout en préservant l'apport qu'a constitué pour les victimes le décalage du point de départ du délai de prescription.

Il est donc proposé de modifier l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles débute à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie. Toutefois, la date de début d'indemnisation ne pourrait pas remonter au-delà de 2 ans avant la demande de reconnaissance, tant pour des raisons opérationnelles³ que pour limiter l'impact de la mesure sur le taux de cotisation des employeurs concernés.

Le point de départ du délai de la prescription biennale de la déclaration d'une maladie professionnelle resterait quant à lui la date d'établissement du certificat médical initial.

b) Autres options possibles

Sans objet.

¹ Pour les accidents du travail, le point de départ de l'indemnisation par l'assurance maladie est fixé au jour de l'accident (article L. 433-1 du code de la sécurité sociale).

² La date de la première constatation médicale est la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi. Elle est fixée par le médecin conseil (article D. 461-1-1 du code de la sécurité sociale).

³ L'archivage des prescriptions médicales prévu à la CNAMTS est de 33 mois ce qui rend impossible de remonter au-delà de cette date pour certifier médicalement si les arrêts prescrits étaient bien en rapport avec la MP reconnue.

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

Cette mesure accroît les coûts de prestations de soins et d'indemnités journalières indemnisées par la branche AT-MP. Les dépenses correspondantes étant jusqu'alors prises en charge par la branche maladie, cette mesure aura également pour effet de réduire les dépenses à la charge de cette dernière, dans une moindre mesure cependant au regard des différences de niveau de prestations entre les deux branches. Cette mesure trouve donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 1° et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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) ?

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 est codifiée à l'article L. 461-1 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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable

Mayotte	Mesure applicable
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

Cette mesure va accroître les coûts de prestations de soins et d'indemnités journalières indemnisées par la branche AT-MP. Les dépenses correspondantes étant jusqu'alors prises en charge par la branche maladie, cette mesure aura également pour effet de réduire les dépenses à la charge de cette dernière, dans une moindre mesure cependant.

La généralisation de cette appréciation de la date de début d'indemnisation aurait un coût estimé à 130 M€ en année pleine pour la branche AT-MP, avec une économie générée de 80 M€ pour la branche maladie. Cette estimation repose sur un chiffrage prudent et inclut la régularisation rétroactive des frais de soins.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régime général, branche AT-MP		- 65	- 130	- 130	- 130
Régime général, branche maladie		+ 40	+ 80	+ 80	+ 80

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

a) impacts économiques

Cette mesure permettra d'imputer sur le taux de cotisation de l'employeur responsable le coût réel d'une maladie dont l'origine professionnelle n'aura été constatée que tardivement. Elle aura donc pour effet une augmentation du taux de cotisation AT-MP des employeurs concernés, selon les règles habituelles en matière de tarification, qui apparaîtrait justifiée au regard du principe assurantiel de la branche. Par ailleurs, le risque d'augmentation de la cotisation sera limité par l'impossibilité de faire remonter la date de début d'indemnisation au-delà de deux ans avant la demande de reconnaissance.

b) impacts sociaux

Cette mesure améliorera, dans les cas où la date de la première constatation médicale de la maladie est antérieure à celle figurant sur le constat médical initial, les droits à indemnisation des victimes de maladies professionnelles. Celles-ci bénéficieront d'une indemnisation plus précoce au titre de leur maladie professionnelle selon des règles plus favorables (montant des J supérieur, prise en charge totale des frais de soins...).

Elle entraînera, dans les cas concernés, un recalcul des droits de la victime par les caisses.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Pour les personnes en situation de handicap du fait d'une maladie professionnelle, cette mesure améliorera, dans les cas où la date de la première constatation médicale de la maladie est antérieure à celle figurant sur le certificat médical initial, les droits à indemnisation des victimes de maladies professionnelles. Celles-ci bénéficieront d'une indemnisation plus précoce au titre de leur maladie professionnelle selon des règles plus favorables (montant des IJ supérieur, prise en charge totale des frais de soins...).

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

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

Les démarches des assurés afin de faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie resteront inchangées. Leur indemnisation sera dans un certain nombre de cas plus précoce.

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

Cette mesure aurait un impact pour les caisses d'assurance maladie ; leurs systèmes d'information devront être adaptés.

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 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.

Du strict point de vue juridique, aucune mesure réglementaire d'application n'est requise. La CNAMTS adressera une circulaire d'application à son réseau.

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

1^{er} juillet 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure ne nécessite pas d'information spécifique des assurés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le rapport annuel de la CNAMTS permettra de suivre l'évolution des dépenses liées aux maladies professionnelles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 461-1 1^{er} alinéa actuel	Article L. 461-1 1^{er} alinéa modifié
<p>Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.</p> <p>(...)</p>	<p>Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident est assimilée à la date de l'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la date de la première constatation médicale de la maladie ; - lorsqu'elle est postérieure, la date qui précède de deux années la déclaration de maladie professionnelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 461-5 ; - pour l'application des règles de prescription de l'article L. 431-2, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. <p>(...)</p>
Article L. 461-5 actuel	Article L. 461-5 modifié
<p>Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L. 321-2.</p> <p>Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fixé un délai plus long courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau annexé au décret.</p> <p>Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.</p> <p>Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.</p> <p>Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, le délai de prescription prévu à l'article L. 431-2 court à compter de la cessation du travail.</p>	<p>Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L. 321-2.</p> <p>Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fixé un délai plus long courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau annexé au décret.</p> <p>Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.</p> <p>Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.</p> <p>Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, le délai de prescription prévu à l'article L. 431-2 court à compter de la cessation du travail.</p>

I. Présentation de la mesure

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

- **FIVA**

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001, est financé par une contribution de la branche AT-MP et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT-MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Depuis sa création à 2001, le FIVA a été doté de 5,6 Md€ dont 5,1 Md€ provenant de la branche AT-MP. Pour 2018, le total des dépenses du FIVA est évalué à 375,3 M€.

- **FCAATA**

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Il s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante et aux salariés du régime général ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains établissements de construction et de réparation navales et dans certains ports, sous réserve que ces établissements ou ports figurent sur une liste déterminée par arrêté.

Il est financé essentiellement par une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que par une contribution du régime agricole.

La diminution du nombre d'allocataires se poursuit et a continué de déterminer la baisse des charges, dans un contexte de faible inflation. Le nombre moyen de bénéficiaires a en effet diminué de 12,2% en 2016, une ampleur proche de la baisse constatée en 2015 (-12,4%). Au 31 décembre 2016, 16 413 personnes bénéficiaient du dispositif contre 18 635 personnes en 2015. Parallèlement aux dépenses, les recettes du fonds ont diminué de 12,8% en 2016 et l'excédent cumulé du fonds à fin 2016 était proche de zéro (2 M€).

Les dépenses prévisionnelles pour 2017 demeureront dans une dynamique proche des années précédentes, la baisse des allocataires étant légèrement amortie par le redémarrage de l'inflation. Ces prestations diminueraient de 10,2%. La dotation de la CNAM-AT avait été fixée en LFSS à 626 M€. Selon les dernières prévisions, le déficit du fonds s'élèverait à 9 M€ en 2017.

- **Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles**

L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit un transfert annuel à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au profit de la branche maladie du régime général pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des AT-MP non déclarés en tant que tels.

L'article L. 176-2 du même code précise que le montant de ce versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Les causes de la sous-déclaration sont multiples : méconnaissance par la victime ou par ses ayants droit de l'origine professionnelle de l'affection, appréhensions du salarié au regard de l'emploi ou de la complexité de la procédure, préférence pour la pension d'invalidité, pressions de certains employeurs sur les salariés afin d'éviter la déclaration, insuffisantes formation et information des médecins, manque d'effectifs des médecins du travail, difficultés liées à l'enregistrement des soins et prestations en AT-MP par les professionnels de santé et non imputation des dépenses AT-MP par les établissements de santé. S'agissant spécifiquement des cancers, s'ajoutent les difficultés de reconstitution des séquences d'exposition des salariés d'entreprises extérieures et des intérimaires souvent amenés à effectuer des travaux les exposant à des cancérogènes, difficultés amplifiées par l'absence de mise à jour ou d'archivage des fiches d'exposition.

Une commission, présidée par un magistrat de la Cour des Comptes, remet tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement, avant le 1^{er} juillet de l'année considérée, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

En 2017 a été remis le dernier rapport de la commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des AT-MP, sur la base duquel le Gouvernement fixe la dotation annuelle de la branche AT-MP à la branche maladie.

Les bornes basse et haute de l'estimation ont été réévaluées respectivement à 815 M€ et 1 530 Md€, en hausse par rapport à la précédente estimation établie en 2014 qui aboutissait à une fourchette de 695 à 1 300 M€.

• **Dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et compte professionnel de prévention**

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré un dispositif de départ en retraite anticipée à 60 ans en faveur des assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10% reconnu au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Ce dispositif est applicable depuis le 1^{er} juillet 2011. Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) du régime général au profit de la branche retraite.

Par ailleurs, l'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, qui entre en vigueur au 1^{er} octobre 2017, prévoit :

- la réforme concomitante du compte personnel de prévention de la pénibilité, devenu compte professionnel de prévention, et du dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente prévu à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale ;
- le transfert, à compter du 1^{er} janvier 2018, du financement du compte professionnel de prévention à la branche AT-MP du régime général et à celle du régime des salariés agricoles.

Les deux cotisations finançant le compte personnel de prévention de la pénibilité (cotisation socle mutualisée et cotisation spécifique sur la masse salariale des salariés exposés) sont supprimées à compter du 1^{er} janvier 2018. A cette date, le financement des deux dispositifs sera assuré par une majoration de la cotisation AT-MP des deux régimes.

En application de ces dispositions, l'ordonnance mentionnée ci-dessus prévoit que 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. Ce montant se substitue à la dotation de la branche AT-MP à la branche vieillesse auparavant prévue en LFSS au titre des dépenses liées au dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente.

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

a) Mesure proposée

→ FIVA

Il est proposé de fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à 270 millions d'euros au titre de l'année 2017.

Cette dotation a été évaluée au regard d'une dotation nette de l'Etat de 7,8M€ (après mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 88,9 M€), Le fonds de roulement du FIVA prévisionnel (80,9M€ à fin 2018), correspondant à environ trois mois de dépenses d'indemnisation, lui permettra d'assurer ses dépenses d'indemnisation.

→ FCAATA

En 2018, il est proposé de fixer à 613 M€ la contribution de la branche AT-MP de façon à dégager un excédent de 8M€ et ainsi rééquilibrer le résultat cumulé du fonds.

→ Sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

Le dernier rapport de la commission présidée par Monsieur Jean-Pierre Bonin évalue le coût de la sous-déclaration des AT-MP dans une fourchette de 815 M€ et 1 530 Md€, en hausse par rapport à la précédente estimation établie en 2014 qui aboutissait à une fourchette de 695 à 1 300 M€.

Il est cependant proposé de maintenir la dotation à 1 Md€ pour 2018 afin de prendre en compte les progrès mis en avant par la commission en matière de lutte contre la sous-déclaration des AT-MP.

→ Dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et compte professionnel de prévention

Pour la branche AT-MP du régime général, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué à 186 M€ en 2018 :

- 82 M€ au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017 du fait de l'élargissement des conditions d'accès au dispositif (suppression de la condition d'exposition de 17 ans pour les victimes de maladies professionnelles atteints d'un taux d'incapacité permanente entre 10% et 19%) ;

- 104 M€ au titre du compte professionnel de prévention.

Pour la branche AT-MP du régime agricole, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué à 8 M€ en 2018 :

- 5,5 M€ au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en augmentation de 20% par rapport à 2017 ;
- 2,5 M€ au titre du compte professionnel de prévention.

Il est ainsi proposé de fixer le montant des dépenses supplémentaires au titre de ces deux dispositifs à 186M€ pour le régime général et 8M€ pour le régime agricole.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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

• FIVA

Le VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit que le FIVA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

• FCAATA

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoit que le FCAATA est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

• Sous-déclaration des ATMP

L'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale précise que le montant de la contribution versée par la branche AT-MP à la branche maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette mesure visant à fixer le montant d'une dépense à la charge de la branche AT-MP du régime général trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

• Dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et compte professionnel de prévention

L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale prévoit, en son cinquième alinéa, que le montant de la contribution versée par la branche des ATMP à la branche retraite est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Cette dotation, qui représente une dépense pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, trouve sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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 ayant pour objet de fixer une dotation annuelle, celle-ci n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements et régions d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	Sans objet s'agissant de transferts financiers de la branche des ATMP
Mayotte	Idem
Collectivités d'Outre-mer	
Saint Martin et Saint Barthélemy	Idem
Saint Pierre et Miquelon	Idem
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	Idem

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régime général, branche AT-MP		- 2 069 M€			
Régime agricole, branche AT-MP		- 8 M€			
Régime général, branche maladie		+ 1 000 M€			
FIVA		+ 270 M€			
FCAATA		+ 613 M€			
Fonds de financement du compte personnel de prévention de la pénibilité		+ 186 M€			

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

Par ailleurs, la branche AT-MP du régime général affecte 186 M€ de dépenses au financement du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et du compte personnel de prévention de la pénibilité. De la même manière, la branche AT-MP du régime agricole 8 M€ affecte au financement de ces mêmes dispositifs.

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

a) impacts économiques

La branche AT-MP est financée quasi-exclusivement par des cotisations des entreprises. La dotation qu'elle verse au FIVA représente pour elles l'équivalent d'environ 0,05 point de cotisations. Les dotations versées au FCAATA et à l'assurance maladie représentent chacune respectivement l'équivalent de 0,1 et 0,17 point de cotisations. Enfin, le montant des dépenses relatives à la retraite anticipée pour incapacité permanente et au compte professionnel de prévention équivaut à 0,03 point de cotisations.

b) impacts sociaux

Les transferts opérés vers le FIVA et le FCAATA permettent de poursuivre la mise en œuvre des processus d'indemnisation et de départs anticipés des personnes concernées.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Cette mesure serait gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire, la mesure est d'application immédiate.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

• FIVA

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience accidents du travail-maladies professionnelles.

Les données relatives au FIVA font partie des données de cadrage du PQE AT-MP (indicateur n° I.8 « Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante »).

• FCAATA

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience accidents du travail-maladies professionnelles. Les données relatives au FCAATA font partie des données de cadrage du PQE (indicateur n°I.8 « Part des contributions de la branche AT- MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante »).

• Sous-déclaration des AT-MP

La mesure sera suivie dans le cadre du rapport triennal de la commission relative à la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

• Dispositif de départ en retraite anticipée pour incapacité permanente et compte professionnel de prévention

Le nombre de bénéficiaires de départs en retraite anticipés pour incapacité permanente inscrit dans les données de cadrage du PQE retraite (cadrage n° 5 : dispositifs dérogatoires).

Article 34 – Extension de l’obligation vaccinale à l’ensemble des vaccins figurant au calendrier vaccinal

I. Présentation de la mesure

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

Parmi les vaccins figurant dans le calendrier des vaccinations, certains sont obligatoires (diphtérie, tétanos et poliomyélite), les autres sont recommandés. Cette situation est à l’origine d’un certain nombre de problèmes :

- une confusion relative à l’intérêt du vaccin, le vaccin simplement recommandé étant perçu comme étant moins important que le vaccin obligatoire ;
- la couverture vaccinale est très satisfaisante s’agissant des vaccins obligatoires (et par conséquent également pour les valences figurant dans les vaccins hexavalents). En revanche pour d’autres valences (méningocoque C, rougeole-oreillons-rubéole) recommandées, les couvertures vaccinales sont très insuffisantes et à l’origine d’épidémies et/ou de décès/handicap évitables ;
- le plan de rénovation de la politique vaccinale de 2016 comprenait la réalisation d’une concertation citoyenne sur la vaccination. Dans ses conclusions, il est proposé d’étendre les obligations vaccinales des enfants de 3 à 11 maladies, sous réserve d’une clause d’exemption. L’expertise juridique montre qu’obligation et exemption ne sont pas compatibles ;
- le Conseil d’État, dans sa décision du 8 février 2017, a considéré qu’il revenait à l’Etat de prendre toutes les mesures permettant de rendre disponibles des vaccins correspondant aux seules obligations de vaccination.

Dans le contexte actuel nécessitant d’améliorer la couverture vaccinale, l’extension de l’obligation vaccinale mettant fin à la distinction entre vaccinations obligatoires et recommandées pour les enfants âgés de 0 à 24 mois constitue une réponse responsable prise dans l’intérêt de tous.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à élargir le champ des vaccinations obligatoires de l’article L. 3111-2 du code de la santé publique, en rendant obligatoires, pour les enfants, sauf contre-indication médicale reconnue, les onze vaccinations du calendrier vaccinal qui sont les suivantes : antidiphtérique ; antitétanique ; antipoliomyélitique ; contre la coqueluche ; contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B ; contre le virus de l’hépatite B ; contre les infections invasives à pneumocoque ; contre le méningocoque de sérogroupe C ; contre la rougeole ; contre les oreillons et contre la rubéole.

Coqueluche : La coqueluche est une infection grave durant les premières semaines de vie. On a observé une cinquantaine d’hospitalisations chez les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés. Cette infection est très contagieuse et la vaccination des nourrissons dès l’âge de 2 mois de vie est primordiale, particulièrement en termes de protection collective.

***Haemophilus influenzae* de type B** : Depuis l’introduction de la vaccination contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B en 1993, l’incidence des méningites dues à cette bactérie (cause la plus fréquente de méningite bactérienne dans la petite enfance avant la vaccination) a baissé de plus de 95% alors que l’on observait près de 600 cas par an auparavant, responsables d’une trentaine de décès et d’une centaine de séquelles définitives. L’augmentation de la couverture vaccinale permettra de réduire ce nombre de cas et les contagions.

Rougeole : La France est engagée comme toute la région OMS Europe dans le plan d’élimination de la rougeole. Cependant, depuis 2010-2011, on observe une résurgence de cette infection avec près de 23 000 cas déclarés sur ces 2 années dont certains ont présenté des complications graves (1 500) dont des encéphalites ; en outre 10 malades sont décédés. Depuis cette épidémie, on observe régulièrement des foyers épidémiques en France. La couverture vaccinale insuffisante (78% à deux ans) ne permet pas d’éradiquer cette maladie en France. Pour cela il faudrait une couverture vaccinale (pour deux doses) supérieure à 95% (comme le recommande l’OMS).

Oreillons : Les oreillons étaient avant la vaccination la première cause de méningite virale chez l’enfant. Très contagieuse, de nombreuses épidémies étaient observées. Depuis la vaccination, le nombre de cas chez l’enfant a fortement diminué. Cependant, la couverture vaccinale est encore insuffisante et ne permet d’interrompre la circulation du virus, entraînant des épidémies localisées.

Rubéole : Grâce à la vaccination contre la rubéole, les infections chez l’enfant ont quasiment disparu. Cependant, la couverture vaccinale est insuffisante pour interrompre totalement la circulation du virus, laissant persister un risque de contamination qui peut être sévère dans le cas d’une femme enceinte (rubéole congénitale). Par ailleurs, la France est engagée dans l’objectif d’élimination OMS Europe de la rubéole.

Infection à méningocoque C : Les infections invasives à méningocoque C sont sévères et parfois mortelles. Elles peuvent être évitées par la vaccination. Entre 2011 et 2015, 255 cas ont été déclarés chez des sujets âgés de 1 à 24 ans. Parmi eux, 25 sont décédés et dans dix pour cent au moins des cas, des séquelles précoces et importantes sont observées (retard mental, amputation, ...) Ces cas, ces séquelles et ces décès auraient pu être évités par la vaccination.

Infection à pneumocoque : Les infections invasives à pneumocoque sont des infections sévères, source d'hospitalisation et de complications. Le taux de décès est de 10 à 30%. Grâce à la vaccination chez l'enfant depuis 2003, le nombre de ces infections a été réduit de moitié. Grâce à l'immunité de groupe, on observe également une diminution de 40% de ces infections chez l'adulte et les personnes âgées. La couverture doit augmenter afin de pouvoir encore réduire le nombre de cas et ne plus entraîner de décès.

Hépatite B : Les couvertures vaccinales contre l'hépatite B sont insuffisantes en France (40% chez l'adolescent, 60% chez l'adulte). On estime que plus de 2 000 cas d'hépatite B sont survenus en France entre 2006 et 2013 chez des sujets non vaccinés. Le nombre d'infections asymptomatiques mais toutefois contagieuses sur la même période serait compris entre 11 500 et 13 585. Outre les atteintes aiguës parfois mortelles (14 hépatites fulminantes en 2016-2013 parmi les 408 survenues chez des sujets non vaccinés), ces infections peuvent exposer à des formes chroniques sévères (cirrhose, cancer du foie). Faire vacciner tôt les enfants permet de les protéger contre les risques de contaminations précoces (par l'intermédiaire de petites plaies par exemple) et les contaminations futures, ce d'autant que les risques d'hépatite chronique chez les enfants sont majeurs (90% chez les enfants de moins de 1 an). L'efficacité vaccinale chez le nourrisson est très élevée, la réponse sérologique est meilleure que chez l'adulte et la durée de protection est longue.

Les vaccins seront pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

La mesure abroge par ailleurs les sanctions spécifiques au refus de vaccination. Seule l'infraction générale du code pénal (art. 227-17) subsiste.

Les huit nouvelles vaccinations obligatoires seront exigibles pour être admis en collectivité et les parents ne seront personnellement tenus responsables de l'exécution de ces nouvelles vaccinations que pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018 et à partir du 1er juin 2018.

Le panier de soins couvert par les contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale) comprenant la prise en charge du ticket modérateur des médicaments, à l'exception de ceux dont le service médical rendu a été classé comme modéré ou faible, les vaccins concernés voient tous leur ticket modérateur d'ores et déjà pris en charge par les contrats responsables, sans qu'aucune modification réglementaire ne soit nécessaire.

b) Autres options possibles

Lever les obligations vaccinales et choisir ainsi de recommander tous les vaccins de la petite enfance, comporte un risque très sérieux de baisse de la couverture vaccinale et d'augmentation en conséquence des contaminations, de la morbidité et des décès liés aux pathologies que l'on veut éviter par la vaccination.

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

Cette mesure présente, en raison de l'accroissement des dépenses prises en charge par l'assurance maladie à ce titre, un impact sur l'équilibre financier des régimes et trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 1° et du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

La collectivité de Wallis-et-Futuna a été consultée dans le délai d'urgence au titre des adaptations spécifiques prévues pour cette collectivité (IV de l'article).

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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. En tout état de cause, 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

Le nouvel article L. 3111-2 remplace les articles actuels L. 3111-2 et L. 3111-3 relatifs aux obligations vaccinales (antidiphthérique et antitétanique / antipoliomyélitique).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 3116-2 et L. 3116-4 sont abrogés

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

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

Pour appliquer la nouvelle mesure à l'identique du droit commun à Wallis-et-Futuna, il est nécessaire de supprimer des adaptations existantes, ce qui induit la consultation de l'assemblée territoriale. Il est également procédé pour cette collectivité à l'insertion d'une mesure d'harmonisation et à la suppression d'une adaptation obsolète en raison de l'extension de la compétence de l'Agence nationale de santé publique.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'extension de l'obligation vaccinale à de nouvelles valences, pour lesquelles la couverture vaccinale actuelle est inférieure aux recommandations (couverture inférieure à 80% pour le méningocoque C et le vaccin rougeole-oreillons-rubéole, alors qu'une couverture vaccinale d'au moins 95% est attendue pour une bonne protection de la population), doit entraîner une augmentation de cette couverture, et donc une utilisation plus importante de vaccins. Une couverture vaccinale d'au moins 95% pour tous les vaccins rendus obligatoires aura un surcoût d'environ 12 M€ par an à terme, du fait l'augmentation du nombre de vaccins remboursés et de la légère augmentation des consultations attendue.

Le surcoût pour l'assurance maladie sera plus élevé si la couverture vaccinale dépasse 95%.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	<p>Impact financier en droits constatés (en M€)</p> <p>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</p> <p>Coût ou moindre recette (signe -)</p>
--	---

	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		-8	- 12	- 12	- 12

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

a) impacts économiques

L'impact économique sur les organismes complémentaires de santé sera modéré, la prise en charge du ticket modérateur de ces vaccins étant déjà prévue par les contrats responsables.

b) impacts sociaux

Cette mesure contribue au plan de rénovation vaccinale en permettant une meilleure couverture vaccinale. Augmenter la couverture vaccinale permettra d'éviter de nombreux décès et des pathologies lourdes (cf. description plus haut)

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

Sans objet

- **impact sur les jeunes**

Les 0-24 mois sont la cible de la mesure. Les huit nouvelles vaccinations obligatoires ne seront exigibles en collectivité que pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 et qu'à partir du 1^{er} juin 2018. Les parents ne sont personnellement tenus à ces nouvelles vaccinations qu'à partir de la même date et pour les seuls enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

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

La mesure étend les obligations vaccinales et renvoie à un décret le soin de préciser les modalités de justification pour l'entrée en collectivités. Il ne s'agit pas d'une démarche nouvelle car celle-ci était déjà applicable pour les vaccins obligatoires en l'état actuel de la législation.

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

La mesure ne nécessite pas de modification dans les conditions de prise en charge des vaccins par l'assurance maladie.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Deux décrets d'application (un décret en conseil d'Etat et un décret simple) et un arrêté du ministre chargé de la santé qui devraient être publiés début 2018.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés

Les obligations vaccinales sont indiquées par les professionnels de santé dès la maternité. Par ailleurs, le carnet de santé de l'enfant remis à la naissance de l'enfant permet de tracer la mise en œuvre de toutes les vaccinations du nourrisson. Il couvre d'ores et déjà toutes les vaccinations concernées par la mesure. Le site Vaccination-info-service est un site destiné au grand public. Une campagne de communication accompagnera la réforme.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi notamment à travers les enquêtes de couverture vaccinale, pour les vaccins concernés.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de de la santé publique	
Article L. 3111-1 actuel	Article L. 3111-1 modifié
<p>La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé.</p> <p>Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1.</p> <p>Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux ou des communes et les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale.</p>	<p>La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de santé.</p> <p>Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 et L. 3112-1.</p> <p>Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux ou des communes et les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale participent à la mise en oeuvre de la politique vaccinale.</p>
Article L. 3111-2 actuel	Article L. 3111-2 modifié
<p>Les vaccinations antidiphtérique et antitétanique par l'anatoxine sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue ; elles doivent être pratiquées simultanément. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette mesure, dont la justification doit être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.</p> <p>Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont pratiquées la vaccination antidiphtérique et la vaccination antitétanique.</p>	<p>Les vaccinations antidiphtérique et antitétanique par l'anatoxine sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue ; elles doivent être pratiquées simultanément. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette mesure, dont la justification doit être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.</p> <p>Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont pratiquées la vaccination antidiphtérique et la vaccination antitétanique.</p> <p>1.- Les vaccinations suivantes sont obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé :</p> <p>1° Antidiphtérique ;</p> <p>2° Antitétanique ;</p> <p>3° Antipoliomyélitique ;</p> <p>4° Contre la coqueluche ;</p> <p>5° Contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type B ;</p> <p>6° Contre le virus de l'hépatite B ;</p> <p>7° Contre les infections invasives à pneumocoque ;</p>

	<p>8° Contre le méningocoque de séro groupe C ;</p> <p>9° Contre la rougeole ;</p> <p>10° Contre les oreillons ;</p> <p>11° Contre la rubéole.</p> <p>II.- Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de cette obligation, dont la justification doit être fournie, selon des modalités définies par décret, pour autoriser l'admission ou le maintien dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.</p>
Article L. 3111-3 actuel	Article L. 3111-3 abrogé
La vaccination antipoliomyélitique est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, à l'âge et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de la Haute Autorité de santé. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement de l'exécution de cette obligation.	La vaccination antipoliomyélitique est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, à l'âge et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de la Haute Autorité de santé. Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle des mineurs sont tenues personnellement de l'exécution de cette obligation.
Article L. 3111-4-1 actuel	Nouvel article L. 3111-3 (article renuméroté)
Les thanatopracteurs en formation pratique et en exercice doivent, en l'absence d'infection en cours ou antérieure, être vaccinés contre l'hépatite B. La preuve de la vaccination ou de la contre-indication est jointe à l'inscription en formation ou à la demande d'habilitation à exercer, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations transmises, définies par décret en Conseil d'Etat. Le médecin du travail s'assure que les thanatopracteurs salariés vérifient les conditions mentionnées à la première phrase.	Les thanatopracteurs en formation pratique et en exercice doivent, en l'absence d'infection en cours ou antérieure, être vaccinés contre l'hépatite B. La preuve de la vaccination ou de la contre-indication est jointe à l'inscription en formation ou à la demande d'habilitation à exercer, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations transmises, définies par décret en Conseil d'Etat. Le médecin du travail s'assure que les thanatopracteurs salariés vérifient les conditions mentionnées à la première phrase.
Article L. 3111-9 actuel	Article L. 3111-9 modifié
<p>Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire pratiquée dans les conditions mentionnées au présent chapitre, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L. 1142-22, au titre de la solidarité nationale.</p> <p>L'office diligente une expertise et procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.</p> <p>L'offre d'indemnisation adressée à la victime ou, en cas de décès, à ses ayants droit est présentée par le directeur de l'office. Un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office.</p> <p>L'offre indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, nonobstant l'absence de consolidation ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime ou à</p>	<p>Sans préjudice des actions qui pourraient être exercées conformément au droit commun, la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire pratiquée dans les conditions mentionnées au présent chapitre titre, est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L. 1142-22, au titre de la solidarité nationale.</p> <p>L'office diligente une expertise et procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.</p> <p>L'offre d'indemnisation adressée à la victime ou, en cas de décès, à ses ayants droit est présentée par le directeur de l'office. Un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office.</p> <p>L'offre indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, nonobstant l'absence de consolidation ainsi que</p>

<p>ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des prestations et indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.</p> <p>L'acceptation de l'offre de l'office par la victime vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.</p> <p>Jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, l'office est, s'il y a lieu, subrogé dans les droits et actions de la victime contre les responsables du dommage.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.</p>	<p>le montant des indemnités qui reviennent à la victime ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des prestations et indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.</p> <p>L'acceptation de l'offre de l'office par la victime vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.</p> <p>Jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a payée, l'office est, s'il y a lieu, subrogé dans les droits et actions de la victime contre les responsables du dommage.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.</p>
<p>Article L. 3116-1 actuel</p>	<p>Article L. 3116-1 modifié</p>
<p>Les dispositions du chapitre II du titre Ier du livre III de la première partie du présent code sont applicables à la constatation des infractions aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 et L. 3114-1 à L. 3114-6 ou aux règlements pris pour leur application.</p>	<p>Les dispositions du chapitre II du titre Ier du livre III de la première partie du présent code sont applicables à la constatation des infractions aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4, L. 3111-6 à L. 3111-8 L.3111-4 et L. 3114-1 à L. 3114-6 ou aux règlements pris pour leur application.</p>
<p>Article L. 3116-2 actuel</p>	<p>Article L. 3116-2 abrogé</p>
<p>L'action publique pour la poursuite des infractions aux dispositions des articles L. 3111-1 à L. 3111-3 peut être exercée tant que l'intéressé n'a pas atteint un âge fixé par décret pour chaque catégorie de vaccination.</p>	<p>L'action publique pour la poursuite des infractions aux dispositions des articles L. 3111-1 à L. 3111-3 peut être exercée tant que l'intéressé n'a pas atteint un âge fixé par décret pour chaque catégorie de vaccination.</p>
<p>Article L. 3116-4 actuel</p>	<p>Article L 3116-4 abrogé</p>
<p>Le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination prévues aux articles L. 3111-2, L. 3111-3 et L. 3112-1 ou la volonté d'en entraver l'exécution sont punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 Euros d'amende.</p>	<p>Le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination prévues aux articles L. 3111-2, L. 3111-3 et L. 3112-1 ou la volonté d'en entraver l'exécution sont punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 Euros d'amende.</p>
<p>Article L. 3821-1 actuel</p>	<p>Article L. 3821-1 modifié</p>
<p>Sous réserve des adaptations des articles L. 3821-2 à L. 3821-5, le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la présente partie est applicable dans le territoire des îles Wallis et Futuna, à l'exception des articles L. 3111-4-1 et L. 3111-11.</p> <p>L'article L. 3111-4 est applicable à Wallis-et-Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.</p>	<p>Sous réserve des adaptations des articles L. 3821-2 à L. 3821-5, le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la présente partie est applicable dans le territoire des îles Wallis et Futuna, à l'exception des articles L. 3111-3 et L. 3111-11.</p> <p>L'article L. 3111-4 est applicable à Wallis-et-Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.</p> <p>Les articles L. 3111-1, L. 3111-2 et L. 3111-9 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2017- ... de financement de la sécurité sociale pour 2018.</p> <p>L'article L. 3111-5 est applicable dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril</p>

	2016.
Article L. 3821-2 actuel	Article L. 3821-2 abrogé
Pour l'application dans le territoire des îles Wallis et Futuna de l'article L. 3111-2, les mots " Un décret " sont remplacés par les mots : " Un arrêté de l'administrateur supérieur du territoire des îles Wallis et Futuna ".	Pour l'application dans le territoire des îles Wallis et Futuna de l'article L. 3111-2, les mots " Un décret " sont remplacés par les mots : " Un arrêté de l'administrateur supérieur du territoire des îles Wallis et Futuna ".
Article L. 3821-3 actuel	Article L. 3821-3 abrogé
Pour l'application dans le territoire des îles Wallis et Futuna de l'article L. 3111-5, les mots " par décret " sont remplacés par les mots : " par arrêté de l'administrateur supérieur du territoire des îles Wallis et Futuna ".	Pour l'application dans le territoire des îles Wallis et Futuna de l'article L. 3111-5, les mots " par décret " sont remplacés par les mots : " par arrêté de l'administrateur supérieur du territoire des îles Wallis et Futuna ".
Article L. 3826-1 actuel	Article L. 3826-1 modifié
Les articles L. 3116-3 à L. 3116-6 sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna.	Les articles L. 3116-3 à L. 3116-6 L. 3116-5 et L. 3116-6 sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna.

I. Présentation de la mesure

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

Notre système de santé est marqué par :

- une transition épidémiologique qui se traduit par le vieillissement de la population et l'augmentation des patients atteints de maladies chroniques et/ou de polyopathologies,
- une offre encore trop cloisonnée entre ville, hôpital, secteur social et médico-social, encore insuffisamment organisée et coordonnée malgré les progrès enregistrés, notamment en matière d'appui à la coordination et de développement des systèmes d'information partagés,
- des modèles de financement en silos principalement basés sur l'activité produite et n'incitant pas à la coordination des prises en charge,
- des dépenses de produits de santé particulièrement élevées avec des marges de progrès importantes concernant la pertinence et la mobilisation des prescripteurs,
- un contexte budgétaire contraint avec une évolution de l'ONDAM qui risque d'être insuffisante pour couvrir les besoins de santé à horizon 2030 toutes choses égales par ailleurs (à niveau de qualité et d'offre de services inchangé).

Face à ce constat, une évolution de l'organisation de notre système de santé apparaît indispensable pour dégager des marges de manœuvre budgétaire. En ce sens, plusieurs mesures ont d'ores et déjà été prises, d'une part pour promouvoir le virage ambulatoire en incitant à des prises en charge hors les murs et, d'autre part, pour améliorer la coordination des acteurs de manière à favoriser le service rendu au patient. Ce mouvement a été initié en 2014 lors du lancement du programme national d'amélioration du parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), actuellement déployé dans 17 territoires pilotes. Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé a entendu conforter ce premier mouvement en promouvant les soins ambulatoires et en favorisant la structuration des parcours de santé, en particulier, par la reconnaissance des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. D'autres expérimentations ont été initiées dans le cadre des précédentes lois de financement de la sécurité sociale (radiothérapie, IRCT, parcours de soins chroniques). Tous ces dispositifs restent toutefois partiels et leur pilotage demeure éclaté. Certaines initiatives locales ne peuvent en outre aboutir faute de cadre juridique ou financier adapté.

Il apparaît donc nécessaire de capitaliser sur les innovations les plus probantes et de permettre aux acteurs de tester de nouveaux modes de financements complémentaires ou alternatifs, mais également de mettre en place de nouveaux outils organisationnels. Sur le champ des produits de santé, des évolutions profondes doivent être expérimentées tant sur le modèle de la liste en sus que sur le dispositif du forfait innovation.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée introduit un cadre juridique général permettant le déploiement de deux types d'expérimentations qui peuvent être portées par des acteurs locaux ou nationaux. Elles sont mises en œuvre pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Ces expérimentations visent :

- d'une part à déployer des innovations organisationnelles visant, dans les secteurs sanitaire et médico-social, à améliorer la prise en charge et le parcours des patients, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins,
- et d'autre part, à promouvoir la qualité et la pertinence de la prise en charge et de la prescription des médicaments et autres produits de santé.

Des mesures réglementaires préciseront les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ainsi que leur gouvernance, notamment la composition d'un comité technique chargé d'examiner les projets d'expérimentation et d'une instance stratégique chargée d'en suivre le déploiement et de formuler des propositions.

Par ailleurs, pour des raisons de cohérence et de simplification, ce cadre juridique couvrira la plupart des expérimentations prévues récemment par des lois de financement de la sécurité sociale et en cours d'application sur le territoire. Les dispositifs existants seront donc réexaminés et leur intégration éventuelle dans le nouveau cadre juridique décidée au cours de l'année 2018.

Enfin la mesure prévoit qu'outre le financement du droit commun ou le recours au fonds d'intervention régional, ces expérimentations puissent être financées en tout ou partie par un fonds pour l'innovation du système de santé. En revanche, l'évaluation sera uniquement financée par ce nouveau fonds.

1) Expérimentations visant à déployer des organisations innovantes adaptées aux besoins locaux

L'objectif de ces expérimentations est d'accompagner des organisations innovantes portées par des professionnels et favoriser la coordination des acteurs, la qualité et l'efficacité des prises en charge ainsi que la satisfaction des patients.

Pour mettre en œuvre ces organisations, la mesure prévoit des dérogations aux règles de financement de droit commun ainsi qu'à certaines règles d'organisation de l'offre de soins. La Haute Autorité de santé sera saisie pour avis dès lors que des dérogations porteront sur certaines dispositions du code de la santé publique.

Ces expérimentations doivent concourir à l'un des objectifs suivants :

- participer à l'optimisation du parcours de santé et améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou médico-sociale ;
- décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ;
- accompagner les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ;
- favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale.

Ce cadre juridique permet de tester des organisations portées par des acteurs locaux, avec l'appui d'une agence régionale de santé, après examen par un comité technique qui examinera notamment si l'organisation envisagée répond à une problématique strictement locale ou si elle pourrait utilement faire l'objet d'un déploiement national.

En complément de ces projets de terrain, des financements innovants à dimension nationale peuvent également bénéficier de ce cadre juridique. Trois types d'expérimentations nationales sont déjà envisagés :

- L'intéressement collectif des organisations contribuant au décloisonnement des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales.

Il s'agit d'ouvrir aux groupements volontaires, sélectionnées sur appels à projets, un intéressement collectif versé au groupement d'acteurs en sus de la tarification de droit commun, sur la base d'objectifs de qualité (coordination, résultats, satisfaction) et de la réalisation d'économies. Ce financement est davantage adapté à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels (tous secteurs confondus). Plusieurs types d'organisations peuvent être envisagés, en s'appuyant sur les initiatives de terrain, en particulier parmi les professionnels de santé qui ont mis en place des coordinations efficaces.

- Le paiement intégré à l'épisode de soins.

Il s'agit de prévoir un financement à l'épisode de soins correspondant aux coûts attendus pour un panier de services déterminé à partir des bonnes pratiques cliniques et pour une période de temps donnée. Ce financement est plus particulièrement adapté aux prises en charge relativement standardisées, à forts enjeux de coordination entre la ville et l'hôpital. Ainsi, ce financement s'adapterait-il notamment aux prises en charge chirurgicales pour lesquelles il existe des recommandations de bonnes pratiques (notamment des programmes de récupération rapide après chirurgie). Il regrouperait un acteur hospitalier engagé et un ou plusieurs acteurs de soins de ville. L'objectif serait d'améliorer la qualité globale de la prise en charge, de renforcer la coordination entre acteurs, de réduire les durées moyennes de séjour et de favoriser le passage en ambulatoire dans le cadre d'une coordination intra et extrahospitalière, ainsi que de limiter les réhospitalisations évitables.

- Une rémunération collective en exercice pluriprofessionnel.

Il s'agit notamment d'offrir à des structures pluriprofessionnelles la possibilité d'une rémunération collective alternative à une partie de leurs rémunérations conventionnelles classiques. A titre d'exemple, un nouveau cadre de financement des soins réalisés en maison de santé pourrait permettre d'accompagner et d'encourager leur développement. Les professionnels volontaires bénéficieraient dans ce cadre d'un paiement collectif au patient et/ou à la séquence de soins ou à la pathologie. Ce mode de rémunération innovant permettrait de valoriser des activités de prévention et d'encourager une logique de responsabilité populationnelle pour des acteurs du premier recours. Cette rémunération collective préserverait le statut de professionnel libéral et devra ménager une souplesse dans la constitution des équipes volontaires.

2) Expérimentations visant à promouvoir la pertinence de la prise en charge, de la tarification et de la prescription des médicaments et autres produits de santé

La mesure définit les objets sur lesquels les expérimentations peuvent porter :

- faire évoluer les modalités de prise en charge des médicaments onéreux et des produits et prestations associées au sein des établissements de santé, notamment pour ceux actuellement présents sur la liste en sus. La mesure vise en particulier à tester de nouveaux dispositifs permettant à la fois de donner de nouvelles marges de manœuvre aux prescripteurs et aux établissements, tout en les responsabilisant. La mesure prévoit également l'expérimentation de la collecte de données en vie réelle, pour mieux explorer les questions relatives à la juste prescription et à

l'efficacité des traitements, notamment en oncologie. La mesure introduit ainsi la possibilité d'inciter à une meilleure régulation des produits inscrits sur la liste en sus ;

- mettre en place de nouveaux dispositifs permettant d'inciter directement les professionnels de santé à une meilleure pertinence des prescriptions et de leur qualité, en particulier s'agissant des prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les médicaments biologiques disposant de biosimilaires ;
- tester des évolutions du « forfait innovation » pour certains dispositifs médicaux.

De même que précédemment, pour mettre en œuvre ces expérimentations, la mesure prévoit des dérogations aux règles de financement de droit commun.

Enfin, la mesure proposée habilite l'UNCAM à passer convention avec des associations pour financer des organisations de travail en équipe du type de celle mise en place par l'association Asalée.

b) Autres options possibles

Une mesure générale d'intéressement collectif imposée à l'ensemble des acteurs se heurterait à des difficultés techniques liées au degré de maturité différencié selon les territoires et les acteurs. Elle serait à ce titre difficilement acceptable. En effet, il apparaît compliqué de contraindre des acteurs non motivés à travailler ensemble mais surtout à se partager des gains d'efficacité éventuels afférents à ces nouvelles modalités de financement.

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

La mesure met en place un dispositif financé en partie par un fonds à la charge des régimes d'assurance maladie. Surtout, la généralisation éventuelle de ces expérimentations est de nature à affecter de manière très structurante les conditions de prise en charge de divers services et prestations par l'assurance maladie et à générer des gains d'efficacité importants. Elle a à ce titre 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 CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est codifié par la présente mesure.

L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est modifié.

L'article L. 1433-1 du code de la santé publique est supprimé.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Article L. 162-31-1 dans sa rédaction antérieure

Au 1er janvier 2019 :

- article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013,
- article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014,
- article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015,
- article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017,
- articles 66, 68 et 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
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

En ce qui concerne les projets organisationnels, la première année de fonctionnement devrait se traduire essentiellement par la mise en œuvre du dispositif après sélection des groupements d'acteurs. Or, les travaux menés en vue desdits appels à projets indiquent un fort besoin d'accompagnement afin précisément de faciliter la maturité des réponses apportées. Ce besoin est double : il porte sur l'investissement dans des systèmes d'information communicants (ville et hôpital voire médico-social) et dans un accompagnement à l'élaboration et la mise en œuvre de projets de santé « collectifs » au profit de la population d'un territoire ou d'un groupement d'acteurs. Ce financement d'amorçage pourra être amené à diminuer lorsque les organisations atteindront un degré de maturité suffisant. Le nombre de groupements sélectionnés devrait également augmenter (20 envisagés en 2018 pour une centaine en 2020).

La coordination accrue des prises en charge devrait, en contrepartie, se traduire par une maîtrise des dépenses. Il pourrait donc être envisagé un coût net d'amorçage de 10 M€ en 2018, correspondant à 30M€ de financements spécifiques, dont 20M€ se substitueront à des prises en charges classiques. A compter de 2019, les financements augmenteront encore mais la mesure sera autofinancée et elle dégagera des économies à partir de 2020.

Pour mémoire, au plus fort de leur déploiement – juste avant leur passage dans le droit commun par accord conventionnel – les ENMR avaient bénéficié d'un financement de 14 M€ par an.

Les expérimentations relatives aux produits de santé nécessiteront notamment un investissement pour de nouveaux systèmes d'information, pour l'exploitation des données collectées, mais également pour la mise en place d'incitation à une prescription pertinente, s'agissant en particulier des biosimilaires.

En outre, des expérimentations à dimension régionale pourront également être financées sur le fonds d'intervention régional (FIR), par redéploiement.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Cadre d'innovation		-10	0	20	40

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

a) impacts économiques

L'intéressement collectif rend possible une maîtrise des dépenses en régime de croisière, permettant de freiner le mouvement de hausse tendancielle.

L'approfondissement du modèle des MSP renforcera leur attractivité pour les jeunes professionnels de santé et permettra la poursuite de développement sur le territoire, notamment dans les zones sous-denses.

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 l'égalité entre les hommes et les femmes**

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Renforcement de l'attractivité de l'exercice en zone sous-dense pour les jeunes professionnels de santé

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

Potentielle amélioration de leur prise en charge par une meilleure coordination des acteurs et l'implication du secteur médico-social.

c) impacts sur l'environnement

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

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

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

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.

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

Impact à prévoir sur les systèmes d'information, en particulier pour la mise en place des financements les plus intégrés.

Participation au dispositif expérimental, et, au vu de son évaluation, mise en œuvre d'un nouveau cadre conventionnel interprofessionnel.

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 ; léger surcroît de travail pour la HAS, les ARS, voire les CPAM, lié d'une part à la phase de sélection des projets et d'autre part à leur suivi.

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 relatif aux modalités de sélection, de mise en œuvre, de suivi d'évaluation et de financement des projets ainsi que de la composition du comité technique.

Des arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale pour autoriser la mise en œuvre des projets à dimension nationale.

Des arrêtés des directeurs généraux d'ARS pour autoriser la mise en œuvre des projets à dimension régionale.

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

Mise en œuvre en 2018.

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Evaluation prévue dans chaque cahier des charges des expérimentations.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-31-1 actuel	Article L. 162-31-1 modifié
<p>I. - Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre.</p> <p>L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé.</p> <p>Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.</p> <p>II. - Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé :</p> <p>1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;</p> <p>2° A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p> <p>3° Aux 1°, 2°, 5° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;</p> <p>4° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;</p> <p>5° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>6° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du même code, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code.</p>	<p>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.</p> <p>Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :</p> <p>1° De 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 :</p> <p>a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;</p> <p>b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;</p> <p>c) Développer les modes d'exercice regroupé en participant à la structuration des soins primaires ;</p> <p>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 ;</p> <p>2° D'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associés mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et la qualité des prescriptions, en modifiant :</p> <p>a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations associés onéreux au sein des établissements de santé et le recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces mêmes médicaments, produits et prestations associés ;</p> <p>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 associés ;</p> <p>c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.</p> <p>II. – Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :</p> <p>1° A certaines des dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p> <p>a) Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L.</p>

Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.

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

IV. - Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes, transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.

Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1.

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. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-4, L.162-23-8, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1 et L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2, 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) A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

c) Aux 1°, 2°, et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

d) Aux 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 à l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

e) Aux articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-22-7-2, L. 162-23-6, L. 162-38, 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° A certaines des 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) A l'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

b) Au 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) A 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 d'établissements de santé ou de professionnels de santé ;

d) A 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 du même code pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A et D ;

3° A certaines des 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 comité technique composé de représentants de

	<p>l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, émet un avis sur les expérimentations, leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.</p> <p>Le comité technique saisit la Haute Autorité de santé pour avis 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 prévoit les dérogations qui justifient la saisine de la Haute Autorité de santé et le délai dans lequel son avis est rendu.</p> <p>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 comité technique sont précisées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV. - Les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation sont réputés appartenir à des équipes de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.</p> <p>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 code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation prévue au présent article, dans le respect des conditions prévues au Chapitre I 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.</p> <p>V. - Sans préjudice des règles de financement prévues au titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, 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.</p> <p>Les ressources du fonds sont constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie, 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.</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 221-1 actuel</p>	<p>Article L. 221-1 modifié</p>
<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de</p>	<p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de</p>

<p>l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;</p> <p>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 ;</p> <p>7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;</p> <p>8° Abrogé ;</p> <p>9° D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;</p> <p>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 ;</p> <p>11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique ;</p> <p>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.</p> <p>La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses</p>	<p>l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>5° D'organiser et de diriger le contrôle médical ;</p> <p>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 ;</p> <p>7° De mettre en œuvre les actions conventionnelles ;</p> <p>8° Abrogé ;</p> <p>9° De participer au financement des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé. <i>D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;</i></p> <p>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 ;</p> <p>11° De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique ;</p> <p>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.</p>
---	---

<p>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.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</p>	<p>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.</p> <p>La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</p>
<p>Code de la santé publique</p>	
<p>Article L. 1433-1 actuel</p>	<p>Article L. 1433-1 modifié</p>
<p>Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.</p> <p>Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.</p> <p>Il définit le contrat type prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, régissant les modalités de mise en œuvre des plans régionaux de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.</p> <p>Il valide toutes les instructions qui sont données aux agences. Il conduit l'animation du réseau des agences.</p> <p>Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux, notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2.</p> <p>Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8.</p> <p>Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.</p> <p>Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.</p>	<p>Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.</p> <p>Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.</p> <p>Il définit le contrat type prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, régissant les modalités de mise en œuvre des plans régionaux de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.</p> <p>Il valide toutes les instructions qui sont données aux agences. Il conduit l'animation du réseau des agences.</p> <p>Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux, notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2.</p> <p>Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8.</p> <p>Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.</p> <p>Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.</p>

I. Présentation de la mesure

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

Dans un contexte national de difficulté d'accès aux soins et de tension de la démographie de certains professionnels de santé, la télémédecine constitue un mode de prise en charge des patients pouvant répondre à ces enjeux mais encore insuffisamment développé.

Aujourd'hui, une part non négligeable des patients ne sont pas pris en charge au plus près de leurs lieux de vie et n'accèdent pas toujours aux compétences que requiert leur état de santé.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)¹ objective les difficultés d'accès aux soins. Cet accès connaît des disparités importantes en ce qui concerne l'accès à un médecin spécialisé (second recours ou d'accès direct). On note à titre d'exemple, en 2013, que l'APL à un psychiatre varie de 1 équivalent temps plein pour 100 000 habitants pour les communes isolées hors influence des pôles à 13 pour l'unité urbaine de Paris (elle est de 8 sur l'ensemble du territoire, cette accessibilité a baissé de 4 % entre 2010 et 2013). On constate une baisse d'accessibilité entre 2010 et 2013 pour l'ensemble des spécialités.

S'agissant de l'accès aux médecins généralistes, 18,2 % de la population a une APL inférieure à la moyenne nationale. Un des leviers pour garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité est le déploiement de prises en charge médicales à distance par la mobilisation des technologies de l'information et de la communication.

Depuis sa reconnaissance et malgré les impulsions de l'échelon national et des agences régionales de santé, la télémédecine demeure marginale. Au 31 août 2017, seulement 299 actes de téléconsultation et 156 actes de téléexpertise ont été pris en charge par l'assurance maladie, ce qui n'a pas permis de procéder à l'évaluation médico-économique au titre de l'article 36 de la LFSS pour 2014 initialement prévue par le cahier des charges d'avril 2016 dans le cadre expérimental.

Afin d'élargir les usages notamment en ville, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a prévu une expérimentation visant à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes.

Dans le même temps, la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire ainsi que la négociation de la nouvelle convention médicale ont montré une très forte attente des professionnels, tant hospitaliers qu'en ville, qui font de la possibilité d'accéder en routine aux téléconsultations une condition essentielle de déploiement des parcours de soins.

Dans ce contexte, une transition vers le financement de droit commun doit être envisagée pour les activités de télémédecine. La décision de mettre un terme aux expérimentations en cours des actes de téléconsultation et de téléexpertise et d'habiliter les partenaires conventionnels à négocier avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation a pour objectif de promouvoir un déploiement plus rapide de la télémédecine à l'échelle du territoire national. La Cour des comptes, dans son rapport publié au mois de septembre 2017 préconisait d'ailleurs de généraliser un modèle de rémunération de droit commun, tant pour les professionnels libéraux que pour les établissements de santé.

Les partenaires conventionnels bénéficieront des enseignements tirés des trois années d'expérimentation qui ont permis de structurer l'organisation de ces activités.

En effet, les expérimentations ont permis :

- de mettre en exergue les contraintes administratives qui pesaient sur le déploiement de l'activité de télémédecine (procédure de contractualisation avec les ARS très contraignante pour les acteurs, lourdeur administrative liée au recueil des lettres d'engagements dans le cadre de la télé expertise, périmètre géographique des expérimentations initialement restreint à 9 régions) ;
- de définir un cadre de facturation pour ces prestations réalisées en dehors de la présence du patient. La prise en charge et le remboursement des actes de télémédecine par l'assurance maladie nécessite la création de lettres-clés par la CNAMTS dans un délai fixé à trois mois par les cahiers des charges, à compter de leur publication.
- de permettre une appropriation par les acteurs des nouveaux outils et des procédures afférentes. La diffusion d'instructions ou de lettres réseaux s'est ainsi avérée essentielle pour diffuser une information large sur l'évolution des pratiques et des circuits de facturation et garantir une prise en compte par les réseaux des ARS et des caisses d'assurance maladie de la création des actes de télémédecine dans le cadre expérimental.

¹ Indicateur DREES reposant sur plusieurs paramètres : distance, activité du médecin, âge du médecin

- de définir au niveau national un cadre structuré d'interopérabilité des données médicales et de facturation du patient afin de faciliter les échanges entre médecins requérants et médecins requis. La prise en charge des actes de télémédecine nécessite la transmission des données à caractère personnel des patients.
- de simplifier le cadre de création de traitement de données à caractère personnel. Le décret en Conseil d'Etat du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est actuellement en cours de révision afin de permettre la transmission des données à caractère personnel d'une part, aux organismes complémentaires d'assurance maladie lorsque l'acte est facturé dans le cadre du droit commun et, d'autre part, aux acteurs privés assurant la fourniture de la solution technique. Cette dernière modification sera mise en œuvre via une autorisation individuelle de la CNIL dans le cadre expérimental prévu par la mesure.

Deux actes de télémédecine ont été admis au remboursement de droit commun par l'assurance maladie en début d'année par l'avenant 2 à la convention médicale, signé le 1er mars 2017 entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des médecins afin de renforcer l'accès aux soins et le suivi des personnes âgées résidant en EHPAD :

- un acte de téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant sur appel d'un professionnel de santé pour modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital ;
- un acte de télé expertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD.

C'est dans ce contexte que la mesure proposée crée les conditions d'une admission au remboursement de droit commun par l'assurance maladie de la téléconsultation et de la télé expertise en confiant aux partenaires conventionnels le soin de fixer le montant de la rémunération ainsi que les modalités de réalisation des actes. Un encadrement spécifique est prévu pour la téléconsultation qui doit être réalisée par vidéo transmission pour être prise en charge par l'assurance maladie. Cette spécificité a été introduite pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

La mesure proposée prévoit par ailleurs une nouvelle expérimentation de quatre ans à compter du 1er janvier 2018 portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance. En effet, le maintien de la télésurveillance dans un cadre expérimental renouvelé est essentiel pour garantir un déploiement optimal de cette activité, compte tenu des modifications que ce nouveau mode de prise en charge peut apporter à l'organisation des soins. L'activité de télésurveillance est une activité complexe, faisant intervenir des acteurs diversifiés, notamment des industriels, ce qui induit un temps d'appropriation plus long pour tester la maturité des organisations, leur efficacité et leur pertinence.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à organiser la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance maladie selon des modalités proches de celles de l'activité médicale réalisée en présence du patient, tout en accompagnant l'organisation de l'offre de soins ainsi encouragée. Elle prévoit également que la téléexpertise puisse intégrer le droit commun de la prise en charge par l'assurance maladie selon des modalités fixées par voie conventionnelle.

Cette mesure a un impact sur les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, compte tenu de l'amélioration de l'offre de soins qu'elle met en œuvre mais revêt également une dimension substitutive et génère des économies de transport. Elle a également un impact sur le fonctionnement des caisses d'assurance maladie, en prévoyant les conditions de prise en charge d'actes médicaux réalisés sans la présence du patient auprès du professionnel de santé.

Elle prévoit une abrogation du cadre expérimental en vigueur. Un nouveau dispositif expérimental est toutefois prévu à l'identique pour la télésurveillance, qui n'a pas encore connu de déploiement effectif à ce jour.

1. Principe de la mesure proposée

Il est proposé de créer les conditions d'une admission au remboursement de droit commun par l'assurance maladie de la téléconsultation et de la téléexpertise.

La mesure entend fixer un cadre général de droit commun pour la téléconsultation et pour la téléexpertise et confier aux partenaires conventionnels le soin de la fixation du montant de la rémunération, ainsi que les modalités de réalisation des actes.

Le fruit des négociations conventionnelles s'appliquera également aux actes et consultations externes réalisés en établissements de santé (soit de façon automatique s'agissant des nouvelles prestations, soit via l'actualisation de l'arrêté relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés).

2. Cadre général fixé par la mesure pour la téléconsultation

L'activité de téléconsultation doit concerner tant les médecins généralistes que les médecins spécialistes.

La spécificité de cette activité innovante suppose d'adapter les conditions de sa mise en œuvre :

- La téléconsultation est réalisée par vidéo transmission. En effet, à ce jour la définition de la télémédecine¹ autorise qu'un simple contact téléphonique soit qualifié de téléconsultation. Il s'agit ici pour des motifs de qualité de la relation patient/médecin et de maîtrise des impacts financiers de la mesure d'exiger que l'échange utilise au minimum la vidéo transmission ;

- L'accès aux téléconsultations par vidéo transmission rend indispensable la mise en œuvre d'aide à l'organisation de l'accès aux téléconsultations :

- o En investissement : équipement en outils numériques, développements complémentaires des plateformes régionales de télémédecine (groupements de coopération sanitaire et groupements d'intérêt public « e-santé » des agences régionales de santé) : par exemple développement de modules de lecture de cartes « Vitale » et de paiement à distance.
- o En fonctionnement quand la téléconsultation est mise en œuvre dans des structures d'accueil des patients : compensation des charges de locaux, des charges de personnel pour les structures mettant en œuvre une activité de téléconsultation, abonnement aux plateformes régionales de télémédecine, formation des professionnels.

- Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes peuvent également réaliser des téléconsultations dans le présent cadre. Le mandat donné aux partenaires conventionnels porte également sur ces professionnels (effet levier important sur des populations spécifiques et en termes de prévention, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements pour adultes handicapés essentiellement, et à faible impact financier).

3. Cadre général fixé par la mesure pour la téléexpertise

La mesure proposée prévoit la possibilité de faire entrer dans le droit commun, avant la fin de l'expérimentation, des actes de téléexpertise.

Il reviendra ainsi aux partenaires conventionnels de décider, le cas échéant, des conditions d'entrée dans le droit commun des actes qui auront démontré leur efficacité et leur impact sur l'accès aux soins.

4. Expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 36 de la LFSS pour 2014

Le dispositif expérimental prévu par l'article 36 de la LFSS pour 2014 est abrogé.

Les dispositions réglementaires prises en application de cet article continueront toutefois à produire leurs effets jusqu'à l'entrée en vigueur de la tarification.

b) Autres options possibles

Sans objet.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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.

¹ « Art. R. 6316-1. - Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

« 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; (...) »

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 n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant et elle est compatible notamment avec le règlement (UE) n°1231/2010 du 24 novembre 2010 visant à étendre le règlement (CE) n°883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et L. 6316-1 du code de la santé publique font l'objet de modification.

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
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

Il est considéré par hypothèse que 50% des téléconsultations viendront en remplacement de consultations existantes (substitution), et que 50% constitueront une activité nouvelle (recours supplémentaire).

En se fondant sur les volumes d'actes réalisés dans les pays les plus avancés en termes de télémédecine, on peut estimer à 1 400 000 le nombre de téléconsultations nettes qui seraient réalisées par an en France, une fois le rattrapage opéré. Il n'est cependant pas réaliste de penser que ce volume d'actes sera réalisé dès 2018 ou 2019 qui seront des années de montée en charge. Il est donc retenu une croissance progressive du volume d'actes réalisés : 500 000 en 2019, 1 000 000 en 2020, 1 300 000 à partir de 2021.

Le détail des coûts nets est le suivant :

- En reprenant le tarif moyen de consultations (CS, C, CNP) de 27 €, le coût brut pour la partie médecin requis est estimé à 4 M€ la première année, 8 M€ en 2020 et 11 M€ en 2021 (50% des TLC se substituent à des consultations existantes).
- Ce coût brut doit être corrigé des économies de transport de 3 M€ en cumulé à l'horizon 2021 (0,6M€ en 2019, 1,1M€ en 2020, 1,4M€ en 2021) principalement pour des patients atteints d'affections de longue durée.
- Il en résulte un coût net de 4 M€ la première année et 23 M € en cumulé à l'horizon 2021.

Le présent chiffrage ne tient pas compte d'un éventuel surcoût lié au financement des structures requérant une activité de téléconsultation. Dans l'hypothèse où 500 structures seraient financées conformément au tarif fixé dans le cadre expérimental, à hauteur de 28 000 euros par structure et par an, il peut être estimé qu'un coût supplémentaire cumulé de 22 M€ pèsera sur le fonds d'intervention régionale (FIR) à l'horizon 2021 (100 structures en 2019, 200 en 2020 et 500 en 2021).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Téléconsultations (ONDAM soins de ville et ONDAM établissements de santé)			- 4,1	- 8,3	- 10,8
Forfait requérant (ONDAM FIR)			- 2,8	- 5,6	- 14

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

a) impacts économiques

La télémédecine tient une place importante dans le secteur de l'e-santé. La mesure proposée aura un impact économique positif en ouvrant de nouveaux marchés et permettra aux industriels d'améliorer leur technologie.

b) impacts sociaux

Sans objet

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

Sans objet

- *impact sur les jeunes*

Sans objet

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Le développement de la téléconsultation, par sa prise en charge dans des conditions assurant la qualité et le suivi, favorisera l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

Selon les modèles, les impacts en matière de transports, qu'il soit pris en charge par l'assurance maladie ou pas sont conséquents ; à titre d'exemple si 2 % des consultations spécialisées sont réalisées par téléconsultations ou remplacées par une téléexpertise alors ce sont 5,6 millions de consultations et autant de transports évités, avec les effets induits sur l'environnement.

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 devraient voir leur prise en charge améliorée. Ils devraient également trouver un bénéfice à la réduction des transports et des prises en charge en urgence. Une amélioration globale de l'accès aux soins est également attendue.

Le patient ne sera pas tenu à des démarches administratives supplémentaires du fait de cette mesure.

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

La prise en charge de ces deux actes de télémédecine dans le droit commun et l'évolution subséquente du cadre réglementaire applicable à la télémédecine devrait conduire à un allègement des procédures strictement administratives d'encadrement, au profit d'une plus forte valorisation des dispositifs d'animation des communautés médicales actrices de la télémédecine qu'ils soient système d'information, ou plateforme régionales ou nationales permettant d'approcher et de mesurer le déploiement de ces activités.

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

La mesure prévoit des négociations conventionnelles entre l’assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins, 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.

Il conviendra de modifier les articles R. 6316-5 à et R. 6316-11 du code de la santé publique relatifs à l’organisation la prise en charge financière de l’activité de télémédecine. Des textes réglementaires devront être adoptés pour préciser les modalités de mise en œuvre et ainsi préciser les conditions de prise en charge des téléconsultations.

Les arrêtés du 28 avril 2016 (portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise), du 6 décembre 2016 (portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance), du 25 avril 2017 (portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète), ainsi que le décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015, sont privés de base légale par l’abrogation de l’article 36 de la LFSS pour 2014. Il conviendra de les republier avant la date d’entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des actes de téléconsultation et téléexpertise, ou à défaut avant le 1er Juillet 2019.

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

Les délais de mise œuvre dépendront des délais inhérents aux négociations conventionnelles.

c) Modalités d’information des assurés

L’information des usagers interviendra à l’issue des négociations conventionnelles.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-14-1 actuel	Article L. 162-14-1 modifié
<p>I. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;</p> <p>4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la</p>	<p>I. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéo transmission.</p> <p>2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;</p> <p>4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;</p> <p>5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance</p>

santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1,L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1,L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

Code de la santé publique	
Article L. 6316-1 actuel	Article L. 6316-1 modifié
<p>La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.</p> <p>Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.</p> <p>La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.</p>	<p>La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.</p> <p>Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.</p> <p>La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.</p>

Article 37 – Dynamisation de la procédure d’inscription des actes à la nomenclature

I. Présentation de la mesure

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

La prise en charge d’un acte par l’assurance maladie nécessite, après avis de la Haute autorité de santé (HAS), son inscription à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette inscription à la nomenclature suppose que cet acte soit tout d’abord hiérarchisé par rapport aux autres actes, de manière à permettre, ensuite, la détermination par les partenaires conventionnels d’un tarif de prise en charge.

La hiérarchisation est assurée par des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), créées pour chaque profession conventionnée et composées paritairment de représentants de professionnels de santé et de l’assurance maladie.

L’examen et le vote de la hiérarchisation par ces commissions peut conduire à repousser *sine die* l’inscription à la nomenclature d’actes nouveaux, mis à part ceux qui bénéficient déjà d’une procédure d’inscription accélérée (actes nouveaux associés à des dispositifs médicaux innovants, actes issus d’expérimentations, etc.). A titre d’exemple, l’inscription de l’acte de photothérapie dynamique a pris 7 ans faute d’accord en CHAP. La procédure actuelle n’assure pas la prévisibilité et la transparence auxquelles peuvent légitimement prétendre les professionnels, notamment lorsque les demandes d’inscription émanent des sociétés savantes. Cette procédure confère aux CHAP une capacité de blocage contraire à l’esprit de la loi de 2004 et constitue un frein à la diffusion de l’innovation.

La mesure proposée vise à remédier à cette situation en encadrant dans le temps le travail des CHAP sans revenir sur leur compétence.

Par ailleurs, les procédures d’inscription au remboursement et de tarification ne sont pas adaptées aux actes réalisés en équipe par des professionnels libéraux, qu’il s’agisse de protocoles de délégation ou de compétences partagées entre des professionnels de santé libéraux. En effet, elles ne prennent pas en compte la réalisation innovante d’actes déjà remboursables. La mesure proposée élabore un cadre spécifique destiné à faciliter l’innovation et l’efficacité dans ce domaine tout en respectant les compétences des parties prenantes.

Enfin, le processus de validation et de financement des protocoles de coopération ne prévoit pas l’identification de thèmes prioritaires susceptibles de s’inscrire dans le cadre des politiques publiques prioritaires de l’Etat et, à ce titre, de bénéficier d’un traitement accéléré. En particulier, la priorité gouvernementale de lutte contre le phénomène de désertification médicale pourra se traduire dans la mise en œuvre rapide de protocoles de coopération adaptés à cette problématique.

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

a) Mesure proposée

I. La mesure vise à dynamiser l’inscription des actes à la nomenclature, en procédant à l’inscription par l’UNCAM dans l’hypothèse où la CHAP ne serait pas prononcée, au plus tard 12 mois à compter de la transmission de l’avis HAS à l’UNCAM. L’encadrement de la procédure dans ce délai évitera que perdurent des situations de blocage de la CHAP, parfois dues à une absence d’accord sur la hiérarchisation et risquant d’entraîner l’abandon de l’inscription du nouvel acte.

Cette procédure est une transposition de celle déjà applicable à certaines catégories d’actes (actes nouveaux associés à des dispositifs médicaux innovants, actes réalisés en établissements avec un impact significatif sur l’organisation des soins et les dépenses de l’assurance maladie, actes ayant fait l’objet d’une tarification provisoire dans un cadre expérimental ou dans celui d’un protocole de délégation) : faute d’accord en CHAP sous 5 mois, le directeur général de l’UNCAM prend sous 1 mois la décision d’inscription, ou, à défaut, en expose les motifs aux ministres.

Cette procédure est adaptée et assouplie en prévoyant d’une part, compte tenu de l’élargissement du champ des actes concernés, un délai total de 12 mois au lieu de 6 mois (11 mois pour l’examen en CHAP et 1 mois pour la décision de l’UNCAM), et en prévoyant explicitement, d’autre part, le retour à la procédure de droit commun, avec vote par la CHAP, si celle-ci se saisit ultérieurement de la demande d’inscription qui n’avait pas été examinée dans les délais.

Ainsi la procédure garantit-elle une mise en œuvre au plus tard un an après l’avis scientifique rendu sur un nouvel acte, tout en respectant les compétences des CHAP. Les CHAP pourront reprendre l’examen ultérieurement et, le cas échéant, voter une hiérarchisation différente.

Par ailleurs, la mesure proposée apporte une clarification concernant l’avis scientifique de la HAS concernant les décisions modifiant la liste des actes et prestations (LAP). Aujourd’hui, cet avis est requis sauf si la décision n’est pas

susceptible de modifier la hiérarchisation d’un acte. Cette exception peut être généralisée à l’ensemble des modifications qui ne nécessitent pas d’évaluation scientifique, de manière à concentrer les avis de la HAS sur les domaines qui relèvent de ses missions d’évaluation.

II. Concernant les actes réalisés en équipe, la mesure proposée organise une procédure spécifique pour le remboursement et la définition des tarifs, partant du constat qu’il s’agit de modalités innovantes de réalisation d’actes déjà remboursables.

Concrètement, les actes faisant intervenir dans un protocole un auxiliaire médical en délégation d’un médecin, peuvent déjà faire l’objet d’un financement dérogatoire via la procédure du collège des financeurs. A l’issue de la période dérogatoire, ils pourront désormais être inscrits dans le droit commun sans nouvel examen par la HAS et sur la base d’un tarif décidé par l’UNCAM et fondé sur l’avis du collège des financeurs. A tout moment, les partenaires conventionnels pourront bien sûr déterminer un tarif dans le cadre des procédures conventionnelles habituelles (conventions mono ou pluri professionnelles).

Cette procédure pourra être appliquée au-delà des protocoles de délégation pour tous les actes relevant de compétences partagées entre deux professionnels de santé libéraux et en l’absence de contact entre le médecin et le patient (protocoles organisationnels entre ophtalmologistes et orthoptistes, actes de télé-médecine, etc.).

Le développement de ces actes répond à une logique d’optimisation du temps médical et les tarifs qui seront définis au cas par cas seront inférieurs ou égaux à ceux des actes médicaux correspondants, garantissant pour l’assurance maladie l’efficacité de ces nouvelles pratiques.

III. Concernant les protocoles de coopération qui relèvent de priorités ministérielles définies au niveau national par arrêté, une procédure spécifique est créée pour accélérer leur validation et leur financement. L’examen de ces protocoles par la Haute Autorité de santé, d’une part, et par le collège des financeurs, d’autre part, est prévu dans un délai de six mois à compter de la transmission du protocole par l’agence régionale de santé. L’efficacité de cette procédure repose donc sur la mobilisation volontariste des acteurs institutionnels.

Par ailleurs, la mesure prévoit la participation de la HAS au collège des financeurs afin de lui permettre de suivre la mise en œuvre des protocoles de coopération et de prendre part aux décisions concernant le financement des protocoles pour lesquels elle a émis un avis favorable.

b) Autres options possibles

Dans le domaine de la biologie, les compétences de la commission de hiérarchisation sont définies par des dispositions spécifiques (cf. premier alinéa de l’article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale) : les règles de hiérarchisation sont déterminées par l’UNCAM après avis de la commission. Ce régime spécifique a été mis en place suite à un blocage durable de la commission de hiérarchisation par les organisations syndicales du secteur.

Une généralisation de cette procédure, accompagnée d’un encadrement du délai d’émission de l’avis de la commission de hiérarchisation, permettrait également d’atteindre l’objectif de dynamisation de l’inscription aux nomenclatures.

Cette option est toutefois nettement plus sensible dans la mesure où elle modifierait substantiellement l’équilibre des responsabilités entre les partenaires conventionnels.

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

La mesure modifie les conditions de prise en charge par l’assurance maladie obligatoire, à travers l’accélération de l’inscription d’actes nouveaux, y compris d’actes réalisés en équipe, la suppression de la capacité de blocage par les CHAP et la clarification de la procédure de financement des actes en équipe lors de leur entrée dans le droit commun. Elle relève donc du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application des 1° et 2° C du V de l’article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

La présente mesure crée l’article L. 162-1-7-3 du code de la sécurité sociale et modifie les articles L 162-1-7 du même code. Elle modifie également les articles L. 4011-2, L. 4011-2-1 et L. 4011-2-3 du code de la santé publique.

- **Abrogation de dispositions obsolètes**

Sans objet.

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

Collectivités d’Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
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 mesure permet de donner une visibilité sur la durée d’examen pour hiérarchisation. Un rapport de l’IGAS de 2014 mentionne un délai moyen supérieur à un an et demi (581 jours), que le projet de loi vise à réduire à 11 mois (entre la réception de l’avis de la HAS et la transmission d’une proposition aux ministres pour approbation), soit une réduction de ce délai moyen de l’ordre de 40%. Les effets directs de l’accélération du délai d’inscription porteront sur l’année 2019 compte tenu du délai de 11 mois octroyé aux CHAP pour prendre une décision auquel s’ajoutent 30 jours pour l’inscription par l’UNCAM à la nomenclature à défaut de décision des CHAP. Cette accélération, appliquée à des projets de décisions du même ordre que celles examinées en 2017, conduit à un coût supplémentaire de l’ordre de 8M€ en 2019 (20 M€ de dépenses supplémentaires estimées pour 2017 du fait de l’inscription d’actes nouveaux).

La mesure vise également à faciliter l’inscription d’actes en équipe (création d’une nomenclature spécifique et priorisation des protocoles de coopération) ; sur la base des tarifs dérogatoires mis en place pour des activités en équipe sous la forme de protocoles de coopération, un tarif collectif inférieur de 20% au tarif de l’acte médical paraît envisageable. Cette économie se réalise lorsque l’acte en équipe se substitue à des actes réalisés par les médecins. En revanche, il n’y a pas d’économie quand ces actes en équipe répondent à un besoin aujourd’hui non satisfait, notamment lorsque la ressource médicale n’est pas disponible.

L’impact de ces nouvelles procédures est extrapolé à partir des données observées hors acte en équipe (dans le domaine visuel notamment). En retenant le financement par ce nouveau dispositif d’au moins trois protocoles déjà existants (approfondissement dans le domaine visuel, repérage de la fragilité du patient âgé, dépistage du cancer du col de l’utérus, par exemple), sous une hypothèse de substitution de 50 % à des actes déjà existants, on aboutit à une économie de 10,3 M€ à terme. Les économies générées par ces procédures sont toutefois progressives : 2,7 M€ en 2019, 6,2 M€ en 2020, 10,3 M€ en 2021.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Accélération du délai d’inscription			-8		
Inscription d’actes en équipe			+2,7	+6,2	+10,3
Total			-5,3	+6,2	+10,3

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

a) impacts économiques

La dynamisation de l’inscription d’actes nouveaux au remboursement est susceptible d’encourager la diffusion de l’innovation (technique ou organisationnelle) dans le domaine de la santé. Elle permet d’accompagner les évolutions des compétences respectives des professionnels de santé et contribue à l’efficacité du système de santé.

b) impacts sociaux

La dynamisation de l’inscription d’actes réalisés en équipe a vocation à compenser le phénomène de baisse de la démographie médicale et de favoriser l’accès aux soins dans les zones déficitaires.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Pas d’impact.

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

Pas d’impact.

c) impacts sur l’environnement

Cette mesure n’aura pas d’impact sur l’environnement.

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

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

Les sociétés savantes ou les professionnels de santé desquels émane la demande d’inscription d’actes bénéficieront d’une plus grande visibilité quant à l’aboutissement du processus d’inscription. Les assurés auront l’opportunité de bénéficier dans des délais encadrés de techniques médicales plus innovantes et plus sûres.

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

L’encadrement des délais d’examen de la hiérarchisation pourra conduire l’assurance maladie à renforcer les moyens mis en œuvre à cet effet. De même, l’encadrement des délais d’examen par la Haute autorité de santé des protocoles de coopération relevant de priorités nationales pourra conduire cette autorité administrative indépendante à renforcer les moyens mis en œuvre à cet effet.

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.

La mise en œuvre de la mesure nécessite la modification de l’article D. 4012-1 du code de la santé publique afin d’intégrer la Haute Autorité de santé au sein du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé.

Elle doit également s’accompagner d’une modification de l’article R. 162-52 du code de la sécurité sociale de manière à réduire le délai d’avis de la Haute Autorité de santé et de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire de 6 mois à 21 jours et à réduire le délai d’opposition des ministres à la décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie.

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

Cette mesure ne nécessite pas de dispositions transitoires.

c) Modalités d’information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-1-7 actuel	Article L. 162-1-7 modifié
<p>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.</p> <p>La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.</p> <p>Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation. A la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1.</p> <p>Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de</p>	<p>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.</p> <p>La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.</p> <p>Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation. A la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1.</p> <p>Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une</p>

<p>ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.</p> <p>Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.</p>	<p>prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.</p> <p>Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.</p>
	<p>Article L. 162-1-7-4 nouveau</p>
	<p>Les actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, peuvent faire l'objet d'une inscription spécifique sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 lorsqu'ils le sont dans une ou plusieurs des situations suivantes :</p> <p>1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral ;</p> <p>2° Dans un centre de santé ;</p> <p>3° Dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé.</p> <p>Les conditions d'inscription spécifique de ces actes ou prestations, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Lorsque les actes ou prestations réalisés en équipe ont fait l'objet d'un avis favorable du collège des financeurs, prévu à l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au deuxième alinéa du présent article n'est pas nécessaire.</p>
<p>Article L. 162-1-8 actuel</p>	<p>Article L. 162-1-8 modifié</p>
<p>En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.</p> <p>L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de</p>	<p>I. — En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.</p> <p>L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de</p>

<p>L'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.</p> <p>En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.</p> <p>Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>	<p>L'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent I article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.</p> <p>En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au troisième deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.</p> <p>Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>II. – Sans préjudice des dispositions du I du même article, en l’absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l’article L. 162-1-7 dans un délai de onze mois à compter de la transmission à l’Union nationale des caisses d’assurance maladie de l’avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article, l’Union nationale des caisses d’assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d’un acte ou d’une prestation.</p> <p>Lorsqu’il est fait usage de la faculté prévue au précédent alinéa, la décision d’inscription est adressée par l’Union nationale des caisses d’assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trente jours à compter de l’expiration du délai mentionné au même alinéa.</p> <p>En l’absence de décision de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie dans le délai mentionné au précédent alinéa, l’Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.</p> <p>Les actes et prestations inscrits selon la procédure prévue au présent II peuvent faire ultérieurement l’objet d’une nouvelle inscription suivant la procédure prévue à l’article L. 162-1-7.</p> <p>III. — Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.</p>
<p>Code de la santé publique</p>	
<p>Article L. 4011-2 actuel</p>	<p>Article L. 4011-2 modifié</p>
<p>Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence</p>	<p>Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence</p>

<p>régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.</p> <p>Ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole.</p>	<p>régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.</p> <p>Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, ces protocoles sont accompagnés d'un modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés. Ce modèle économique est établi avec l'appui de l'agence régionale de santé. Son contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>Après avoir vérifié que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, le directeur général de l'agence régionale de santé en autorise la mise en œuvre par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé et, pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, après avis du collège des financeurs prévu à l'article L. 4011-2-1. Cet arrêté précise la durée du protocole.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Pour les projets de protocoles relevant de ces priorités, les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé.</p>
Article L. 4011-2-1 actuel	Article L. 4011-2-1 modifié
<p>Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et la durée de celle-ci.</p> <p>Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.</p>	<p>Un collège des financeurs, composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de l'assurance maladie, de la Haute autorité de santé, et de représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, émet, pour chacun des protocoles de coopération transmis par l'agence régionale de santé, un avis portant sur le modèle économique mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 4011-2 ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire et la durée de celle-ci.</p> <p>Cet avis est transmis à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.</p>
Article L. 4011-2-3 actuel	Article L. 4011-2-3 modifié
<p>I. — Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.</p> <p>L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sur chacun des actes prévus dans le protocole. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficacité.</p> <p>II. — Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des</p>	<p>I. — Six mois avant le terme d'un protocole de coopération, les professionnels de santé transmettent à l'agence régionale de santé les éléments, prévus par arrêté du ministre chargé de la santé, nécessaires à son évaluation.</p> <p>L'agence transmet ces éléments, accompagnés de son avis sur la pérennisation de ce protocole, à la Haute Autorité de santé et au collège des financeurs. La Haute Autorité de santé rend un avis sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique. Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sur chacun des actes prévus dans le protocole. La Haute Autorité de santé réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficacité.</p>

<p>financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III. — Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :</p> <p>1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de texte réglementaire portant sur des actes professionnels mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du présent code aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;</p> <p>2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° du présent III ;</p> <p>3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé, selon des modalités définies par voie réglementaire.</p> <p>IV. — Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>II. — Sur la base des éléments transmis par l'agence et de l'avis de la Haute Autorité de santé, le collège des financeurs rend un avis sur le maintien et, le cas échéant, sur la prise en charge financière du protocole soit à titre dérogatoire pour une durée limitée, soit à titre définitif par une inscription des actes concernés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.</p> <p>III. — Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :</p> <p>1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de texte réglementaire portant sur des actes professionnels mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du présent code aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;</p> <p>2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° du présent III ;</p> <p>3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé, selon des modalités définies par voie réglementaire.</p> <p>IV. — 4° Le Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés, sous réserve de leur inscription selon la procédure prévue au II de l'article L. 162-1-7-4 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste susmentionnée mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

Les médicaments et dispositifs médicaux achetés par les établissements de santé peuvent être pris en charge selon trois modalités principales :

- au sein des tarifs d'hospitalisation (dans ce cas, la prise en charge est forfaitaire) ;
- selon les mêmes modalités que les médicaments dispensés par les officines de ville lorsqu'ils sont rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur des établissements (« rétrocession ») ;
- à travers la « liste en sus » qui permet de prendre directement en charge, à l'euro l'euro, les dépenses de certains produits de santé onéreux et innovants qui, au vu de leur prix, ne peuvent pas être financés par les seuls tarifs des séjours d'hospitalisation ;

Les conditions spécifiques encadrant ces différents dispositifs de prise en charge présentent toutefois quelques lacunes.

Pour les médicaments relevant du régime de la rétrocession et de la liste en sus, le mécanisme de « l'écart médicament indemnisable » (EMI) permet d'inciter les établissements à négocier au mieux les prix d'achat des médicaments. Lorsque le prix d'achat du médicament par l'établissement hospitalier est inférieur à la base de remboursement par l'assurance maladie (tarif de responsabilité pour la liste en sus, ou prix de cession pour la rétrocession), grâce à la négociation menée par l'établissement, l'assurance maladie prend en charge, outre le coût réel du médicament (prix d'achat), la moitié de l'écart entre ce prix d'achat et la base de remboursement. Lorsque deux médicaments comparables ont des bases de remboursement différentes, cette situation encourage les établissements à acheter le médicament ayant la base de remboursement la plus élevée, toutes choses égales par ailleurs.

En outre, dans la situation actuelle, les fabricants peuvent vendre leurs médicaments à un prix supérieur à la base de remboursement ; la différence est alors à la charge de l'établissement.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a introduit un mécanisme conduisant à déduire un montant forfaitaire (fixé à 40 euros) de chaque tarif d'hospitalisation dès lors qu'un médicament de la liste en sus a été utilisé au cours du séjour. Cette minoration devait conduire à rendre plus équitable la prise en charge entre deux séjours équivalents, mais pour lesquels il y a utilisation d'un médicament en sus dans l'un des cas (ce qui conduit dès lors généralement à consommer moins de médicaments directement pris en charge par les tarifs, justifiant ainsi une minoration du tarif du séjour de 40 euros), et où une telle utilisation n'a pas eu lieu dans l'autre cas. Elle visait par ailleurs à favoriser un recours plus juste à la liste en sus, alors même que certains mésusages avaient pu être observés. Une analyse récente de l'effet de l'introduction de cette minoration a toutefois montré que celle-ci avait complexifié le dispositif de prise en charge sans pour autant modifier le comportement des prescripteurs vis-à-vis du recours à la liste en sus. Le dispositif de minoration forfaitaire ne présente donc en pratique aucun avantage pour l'efficacité des dépenses d'assurance maladie.

En outre, pour les patients relevant spécifiquement d'un régime étranger, les règles de tarification actuelle de leurs séjours hospitaliers en France sont inadaptées à l'utilisation d'un médicament ou d'un dispositif médical de la liste en sus. En effet, la tarification du séjour pour ces patients repose actuellement sur les tarifs journaliers de prestations (TJP), correspondant à un forfait calculé en divisant les charges d'exploitation par le nombre de journées d'hospitalisation prévues. L'augmentation du prix des produits de la liste en sus ne permet toutefois plus à cette tarification à la moyenne de couvrir intégralement le coût réel des produits prescrits en sus, laissant à la charge des hôpitaux une part non négligeable de ce coût. Cette situation peut concourir à l'augmentation du déséquilibre budgétaire de certains hôpitaux. Il convient au contraire de faire évoluer la tarification des séjours pour ces patients, pour lui permettre de mieux refléter les coûts réels supportés par les établissements.

Enfin, notamment au sein des établissements de santé, certains médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans une indication thérapeutique précise mais qui présentent toutefois des garanties suffisantes de sécurité et d'efficacité et pour lesquels il existe un besoin thérapeutique, peuvent faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) encadrant leur utilisation dans cette indication. Un médicament bénéficiant d'une RTU peut être pris en charge à ce titre par l'assurance maladie. Dans ce cadre, il est actuellement prévu que la prise en charge d'une nouvelle indication sous RTU se fasse dans les mêmes conditions que celles valant pour les indications prises en charge au titre de l'AMM. Ce cadre de prise en charge apparaît trop contraignant, dans la mesure où il ne permet pas d'ajuster tarifs et remises à la nouvelle prise en charge, ce qui peut avoir un impact non justifié sur les dépenses d'assurance maladie.

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

a) Mesure proposée

La mesure clarifie les conditions dans lesquelles est opérée la tarification des médicaments bio-similaires, génériques et des médicaments qui sont comparables à l'hôpital, en ouvrant la possibilité d'un tarif de remboursement unifié. Cette disposition doit permettre d'éviter de créer des conditions de prise en charge différentes entre des médicaments à l'efficacité identique. Dans le cas d'un tarif unifié, la base de remboursement par l'assurance maladie devient la même pour les différents médicaments, et l'incitation pour les hôpitaux à acheter le médicament dont le tarif de remboursement est le plus élevé est neutralisée.

La mesure introduit également un prix limite de vente des entreprises aux établissements de santé des produits figurant sur la liste en sus ou dispensés par rétrocession ; ce prix sera négocié entre le laboratoire et le CEPS selon les conditions usuelles. Ce prix limite de vente permet de protéger les hôpitaux contre un « reste à charge » qui s'imposeraient à eux dans le cas où les fabricants décideraient de vendre leurs médicaments à un prix plus élevé que la base de remboursement par l'assurance maladie (négociée entre le CEPS et les laboratoires).

La mesure abroge par ailleurs le mécanisme de minoration forfaitaire du tarif d'hospitalisation lorsqu'un médicament de la liste en sus est utilisé. Cela doit permettre de simplifier les conditions de prise en charge de ces produits.

La disposition permet également d'ajouter au tarif journalier de prestations appliqué aux patients relevant d'un régime étranger lors de leurs séjours dans un établissement français le coût des produits de santé de la liste en sus qui leur ont été dispensés. Il s'agit ainsi de mieux refléter le coût réellement supporté par l'établissement pour la prise en charge de ces patients.

La mesure permet enfin de mieux maîtriser l'impact de la prise en charge des recommandations temporaires d'utilisation (RTU) sur l'assurance maladie, en permettant, comme c'est le cas pour toute prise en charge, qu'une nouvelle négociation de prix soit réalisée avec le CEPS.

b) Autres options possibles

La refonte complète des modalités de prise en charge des patients relevant d'un régime étranger, impliquant la création d'un nouveau cadre de prise en charge, ne semblait pas nécessaire pour répondre à la difficulté rencontrée.

S'agissant de l'alignement des tarifs de prise en charge des médicaments génériques ou bio-similaires et de leurs médicaments de référence respectifs, la mesure aurait également pu définir des règles strictes, quantifiées, d'évolution de ces tarifs au cours du temps, pour tirer pleinement parti de la concurrence entre les fabricants. Ces éléments sont renvoyés à la négociation conventionnelle avec le CEPS, et aux orientations des ministres.

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

PARTIE 13 : La mesure affecte l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et relève de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année à venir, en application des dispositions du 2° C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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) ?

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. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, et l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure abroge l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

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

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure directement 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 permettra d'adapter plus rapidement les prix des médicaments génériques et bio-similaires pris en charge en rétrocession ou sur la liste en sus. Elle permettra également de prendre en charge de manière plus efficiente les médicaments disposant d'une RTU, et de rémunérer plus justement les hôpitaux pour la prise en charge de patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger. Une économie de 25 M€ est attendue chaque année.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		+25	+25	+25	+25

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 sur les laboratoires pharmaceutiques, qui seront, le cas échéant, conduits à revoir les conditions tarifaires qu'ils proposent aux établissements.

b) impacts sociaux

Il n'y a pas d'impact sur les assurés sociaux.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

Cette mesure n'a pas d'impact direct sur les assurés.

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

Cette mesure conduira à modifier les systèmes d'information des caisses de sécurité sociale.

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 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 et existence, le cas échéant, de mesures transitoires.

La mesure sera d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure sera suivie dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-16-5 actuel	Article L. 162-16-5 modifié
<p>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, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>II. - 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</p>	<p>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 et de l'économie 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.</p> <p>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.</p> <p>La marge mentionnée au premier alinéa du I peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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 leur spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs 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.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>
<p align="center">Article L. 162-16-6 actuel</p>	<p align="center">Article L. 162-16-6 modifié</p>
<p>I. - Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée aux mêmes articles ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication.</p> <p>Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p>	<p>I. - Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 est sont fixés par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publiés par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée aux mêmes articles ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements est sont fixés et publiés par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif et au prix limite publiés par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements dans un délai de quinze jours après cette publication.</p> <p>Ce tarif et ce prix limite est sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Ils peut peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p> <p>Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.</p> <p>II. - Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I.</p>

<p>II. - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 dans les conditions fixées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>III - Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 dans les conditions fixées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>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 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.</p> <p>Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.</p>
<p>Article L. 162-17-2-1 actuel</p>	<p>Article L. 162-17-2-1 modifié</p>
<p>Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-21-1 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</p>	<p>Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-21-1 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</p>

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, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications 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, le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées, 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 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.

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 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

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, ~~il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge~~ **le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou 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, ~~le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées,~~ **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.**

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 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

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>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.</p>
<p>Article L. 162-22-7-2 actuel</p>	<p>Article L. 162-22-7-2 abrogé</p>
<p>Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsque au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.</p> <p>La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients.</p>	<p>Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsque au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.</p> <p>La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients.</p>
<p>Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</p>	
<p>Article 33 actuel</p>	<p>Article 33 modifié</p>
<p>Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :</p> <p>I.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux</p>	<p>Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1er janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :</p> <p>I.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements mentionnés aux</p>

<p>a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1er mars 2016 pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.</p> <p>II.- Jusqu'au 31 décembre 2019, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale</p>	<p>a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1er janvier. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clore l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>La dérogation prévue au présent I prend fin au plus tard au 1er mars 2016 pour les actes et consultations externes et au plus tard le 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire, selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code.</p> <p>II.- Jusqu'au 31 décembre 2019, dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale</p>
---	---

<p>coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>[...]</p>	<p>coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français, bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations.</p> <p>[...]</p>
--	--

VI.

Article 39 – Renforcer l’efficacité et la pertinence des prescriptions hospitalières

I. Présentation de la mesure

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

Depuis plusieurs années ont été mis en place différents dispositifs pour inciter les acteurs du champ sanitaire à répondre à des objectifs de qualité, de pertinence et d’efficacité des soins (notamment le contrat d’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins dit CAQES et le dispositif IFAQ). Néanmoins, s’agissant du CAQES, il n’existe pas de dispositif d’intéressement dédié et modélisé. En l’absence d’incitations fortes et dans la seule perspective de sanction, il est parfois difficile de fédérer les établissements autour de ces objectifs.

C’est pourquoi, afin d’une part, d’accompagner les établissements de santé vers la recherche d’une qualité des soins et des prescriptions accrue et d’autre part, de répondre aux objectifs nationaux de maîtrise des dépenses, il apparaît aujourd’hui indispensable d’intéresser les prescripteurs à l’origine des soins consommés.

Il est donc proposé de créer un modèle d’intéressement des établissements de santé dans le cadre du CAQES dès lors que ces derniers répondent aux objectifs fixés au contrat.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de créer un dispositif d’intéressement par le biais du fond d’intervention régional, seul vecteur de financement transverse aux différents volets du contrat.

En termes de modèle, l’enveloppe FIR dédiée sera chaque année abondée des économies supplémentaires générées par l’exécution des contrats et péréquée par région en fonction des économies réalisées.

Cette enveloppe permettra aux ARS de verser un intéressement réparti selon des critères définis dans les CAQES sur l’ensemble des volets (volet obligatoire socle et éventuels volets additionnels).

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé de renforcer le dispositif IFAQ (intéressement des établissements à la qualité), ou encore de créer un intéressement individuel des prescripteurs hospitaliers.

Aucune de ces deux options ne présente toutefois une meilleure adéquation avec l’objectif poursuivi que la mesure envisagée.

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

Cette mesure a pour objectif de maîtriser les prescriptions et donc de conduire à la réalisation d’économies sur l’ONDAM. Elle a donc un impact sur les dépenses de l’année et des années ultérieures au sens du C du V de l’article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, ce qui justifie sa 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 CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l’UNOCAM, le conseil central d’administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général sont saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil de l’UNOCAM 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 la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités.

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun.

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

Départements et régions d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Application</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Application</i>
Collectivités d'Outre-mer	
<i>Saint Martin et Saint Barthélemy</i>	<i>Application</i>
<i>Saint Pierre et Miquelon</i>	<i>Non application</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Non application</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'enveloppe d'amorçage de 25 M€ sera nécessaire pour l'année 2019 (évaluation des contrats 2018), mais les économies attendues seront générées à partir de 2018 (première année d'effet des contrats bénéficiant de l'intéressement).

En 2017, les cibles d'économies de maîtrise médicalisée sur les établissements de santé ont été fixées de la manière suivante :

- PHEV : environ 160 M€
- Transports : 50 M€
- Liste en sus : 20 M€
- Pertinence : 20 M€

Il est attendu du mécanisme d'intéressement qu'il mobilise davantage les acteurs que les modalités actuelles, reposant essentiellement sur des sanctions. Le chiffre de 10% est donc un minorant au regard du rendement attendu, qui est ici retenu à titre prudentiel. En estimant ainsi que l'intéressement sera directement responsable de 10% de ces économies, le rendement de la mesure peut-être évalué à 25 M€ par an (auxquels on soustrait un montant forfaitaire fixé à 25 M€ en 2019 au titre de l'amorçage).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM établissements de santé		+25	+ 25	+ 50	+ 75

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 positif sur les établissements de santé, à travers la création d'un mécanisme d'intéressement.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- *impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

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 conviendra de modifier le décret n°2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et l'arrêté fixant le contrat-type.

L'enveloppe d'amorçage pourra toutefois être attribuée par les ARS en 2019 pour l'évaluation des contrats 2018 et un nombre limité d'indicateurs/objectifs sur les plus forts enjeux seront définis (développement des biosimilaires, génériques...).

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 place d'avenants aux CAQES

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi de l'évolution des économies réalisées sur les volets concernés (PHEV, liste en sus, transports, pertinence) sera réalisé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-30-4 actuel	Article L. 162-30-4 modifié
<p>La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an. Cette pénalité est versée à l'assurance maladie.</p> <p>La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p>	<p>La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an. Cette pénalité est versée à l'assurance maladie.</p> <p>Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement à l'établissement, sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat.</p> <p>La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p>

Article 40 – Amélioration de la pertinence de l'utilisation des dispositifs médicaux en fournissant une information de meilleure qualité

I. Présentation de la mesure

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

Le juste recours aux dispositifs médicaux constitue un enjeu de pertinence et de qualité des soins. Le bon usage de ces produits est favorisé par les actions d'information mises en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS) ou les caisses d'assurance maladie. Il peut également être accompagné par les actions de promotion ou de formation déployées par les industriels, lorsque ces dernières sont réalisées dans des conditions en garantissant la qualité et la transparence.

Le secteur des dispositifs médicaux et des prestations associées est constitué de nombreux acteurs aux profils diversifiés, intervenant souvent comme spécialistes d'un domaine particulier. Cette diversité peut conduire à des pratiques de promotion des produits différentes d'un champ à un autre. Contrairement au corpus législatif existant pour les médicaments, il n'existe pratiquement pas de règles visant à améliorer les pratiques promotionnelles et de formation dans le champ du dispositif médical et des prestations associées. Des conventions régionales ont pu être signées pour tenter d'encadrer certaines pratiques, mais elles restent minoritaires sur le territoire et ne couvrent pas tous les acteurs de manière uniforme.

La publicité des dispositifs médicaux a fait l'objet d'un premier encadrement en 2012. La différence de traitement constatée entre les produits pris en charge par la sécurité sociale (médicaments et dispositifs médicaux) demeure toutefois importante et n'apparaît plus justifiée au regard de la place croissante que prennent les dispositifs médicaux dans les dépenses de santé.

De manière générale, la liste des produits et prestations (LPP) reste un dispositif que certains professionnels ont du mal à s'approprier totalement. Le développement d'outils d'aide à la prescription, comme les logiciels d'aide à la prescription, est encore très limité pour le champ des dispositifs médicaux, alors qu'ils occupent une place importante pour le médicament. Les conditions et indications précises de prescription devraient également pouvoir être mieux portées à la connaissance des prescripteurs.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à mieux encadrer les pratiques de promotion des dispositifs médicaux, et les activités de formation de certains professionnels, en :

- instituant le principe d'un encadrement de la visite médicale et de toutes autres démarches d'information réalisées pour les dispositifs médicaux et les prestations associées, ainsi qu'un mécanisme de certification de ces activités mis en œuvre par la HAS, en reprenant les principes qui existent déjà pour le médicament ;
- demandant aux établissements de santé de garantir que des exigences minimales de qualité des visites et activités d'information soient également respectées en leur sein ;
- créant le principe d'un meilleur encadrement des actions de formation des professionnels de santé.

Pour favoriser le bon usage des produits de santé dans leur ensemble, la mesure crée également la possibilité de demander, pour la prescription de certains produits, que des informations particulières soient portées sur les ordonnances. Cela permettra de mieux vérifier l'adéquation des prescriptions aux recommandations de prise en charge et aux indications thérapeutiques remboursables, et d'accompagner plus spécifiquement les professionnels ayant une prescription plus atypique.

S'agissant des dispositifs médicaux, la mesure étend également la possibilité de disposer d'outils d'aide à la décision disponibles notamment dans le cadre des logiciels d'aide à la prescription. Ces derniers pourront être certifiés sur le champ spécifique de la LPP.

La mesure vise enfin à renforcer l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux, en étendant le principe d'interdiction de la publicité au grand public à l'ensemble des dispositifs remboursables, comme dans le cas des médicaments, sauf pour les dispositifs médicaux qui ne présentent ni un risque pour la santé humaine, ni un impact important sur les dépenses d'assurance maladie. L'optique et l'audioprothèse pourront faire l'objet de publicité étant donné l'objectif de diminution du reste à charge des assurés sur ces deux produits particuliers dont la couverture demeure encore très insuffisante au regard des besoins constatés.

Ces dispositions ne privent pas de garanties légales les exigences qui résultent de la liberté d'entreprendre, dès lors qu'elles sont définies de manière proportionnée et en adéquation avec l'objectif de garantir un recours raisonné aux dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie afin de permettre une meilleure prise en charge des besoins

de santé de la population. Le Conseil constitutionnel admet la validité de tels régimes de limitation ou d'interdiction de publicité pour des motifs d'objectifs de santé publique ou d'organisation de l'offre de soins (cf. n°90-238 DC du 8 janvier 1991 ; n°2013-364 QPC du 31 janvier 2014).

b) Autres options possibles

Une mesure alternative aurait consisté à exclure la possibilité de faire de la publicité, même encadrée, sur les dispositifs médicaux à destination de l'ensemble des acteurs, y compris les prescripteurs. A ce stade, cette mesure apparaît trop radicale, et le principe d'un encadrement strict a priori des messages délivrés aux prescripteurs par ce biais semble préférable.

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

La mesure permettra d'encadrer de manière plus efficiente l'augmentation des dépenses des produits de santé. 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 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 de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine.

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 présente mesure crée les articles L. 162-17-9 et L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale, et les articles L. 5122-17 du code de la santé publique. Les modifications rédactionnelles sont codifiées aux articles L. 161-37 et L. 161-38 du code de la sécurité sociale, et aux articles L. 5213-1, L. 5213-2, L. 5213-3, L. 5213-4, L. 5223-1, et L. 6143-7 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles L. 5223-2, L. 5223-3, L. 5223-4 et L. 5223-5 du code de la santé publique sont abrogés.

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

<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure directement 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 vise à une prescription plus efficiente des produits de santé. Plusieurs dispositifs permettront de mieux encadrer, en amont, l'information reçue par les prescripteurs et les professionnels de santé (certification de la visite médicale, à la fois au niveau de la dispensation de cette information mais également avec un meilleur contrôle exercé par les établissements de santé), ce qui doit conduire à éviter la prescription de dispositifs qui ne serait pas justifiée compte tenu des indications (souvent plus restrictives) effectivement admises au remboursement. Ces actions seront complétées grâce au développement de logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation certifiés, et la mise en place de référentiels de prescription, pour permettre une diffusion plus fluide et plus large des modalités de prise en charge des dispositifs inscrits à la LPP. En aval, il pourra être demandé au prescripteur d'apporter des éléments permettant de documenter le contexte de sa prescription, et donc de s'assurer de l'utilisation des référentiels et autres outils d'information. La plus juste prescription de ces produits permet d'envisager leur meilleure utilisation, et participe aux efforts de maîtrise médicalisée. Il est attendu à terme une réduction de 0,5 point chaque année de la progression des dépenses de la LPP.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régimes d'assurance maladie		0	25	30	35

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

a) impacts économiques

Ces mesures pourront avoir un impact économique sur les entreprises commercialisant les médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie, ainsi que sur les distributeurs en gros et aux détails. Cet impact pourra se traduire notamment par une moindre augmentation des ventes pour les secteurs les plus dynamiques pour lesquels l'impact de la visite médicale ou de la publicité est important. La mesure pourra également nécessiter que les entreprises renforcent leurs contrôles internes sur la qualité des publicités produites, ou sur les programmes de formation de leurs délégués médicaux. Cet impact devrait dans tous les cas être limité, et se trouve justifié par la nécessité de s'assurer d'une bonne utilisation des ressources de l'assurance maladie.

b) impacts sociaux

Les mesures pourront avoir un impact sur les assurés sociaux, en ce qu'elles visent à améliorer la qualité et la pertinence des soins.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

Cette mesure n'a pas d'impact direct sur les assurés en termes de démarches administratives.

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

Cette mesure nécessitera que les conditions encadrant la visite médicale pour les dispositifs médicaux soient négociées entre les entreprises du secteur et le Comité économique des produits de santé. La mesure impliquera également la mise en place d'un référentiel de certification par la Haute Autorité de santé (HAS).

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 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 d'application publié au premier trimestre de l'année 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.

Les caisses d'assurance maladie et les Agences régionales de santé (ARS) pourront accompagner les établissements de santé dès la publication des décrets pour qu'ils organisent mieux le rapport avec les fabricants de dispositifs médicaux et leurs distributeurs, s'agissant des démarches promotionnelles et de la formation.

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 contrôle de la mise en œuvre de la mesure sera effectuée dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 161-37 actuel	Article L. 161-37 modifié
<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;</p>	<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique, notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en oeuvre par les établissements de</p>

<p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence</p>	<p>santé des obligations prévues au 18° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques ;</p> <p>13° Etablir et mettre en œuvre la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a pour finalité notamment de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;</p> <p>14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p>
--	---

<p>en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p>	<p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p> <p>Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.</p>
--	--

Article L. 161-38 actuel	Article L. 161-38 modifié
<p>I. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé.</p> <p>I bis.- Elle est chargée de l'agrément des bases de données sur les médicaments 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.</p> <p>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 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.</p> <p>Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuse. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription.</p> <p>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.</p> <p>Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale ou de</p>	<p>I. — La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription <i>médicamenteuse</i> 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.</p> <p>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.</p> <p>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 procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.</p> <p>Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale ou de dispensation par les pharmacies à usage intérieur. Elle</p>

<p>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 et de conformité de la dispensation.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>garantit la conformité des logiciels d'aide à la dispensation à des exigences minimales en termes de sécurité, et de conformité et d'efficacité de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V. – Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} janvier 2021, les certifications prévues par les I à III de tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales s'agissant des dispositifs médicaux et de leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées.</p>
	<p>Article L. 162-17-9 nouveau</p>
	<p>Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.</p> <p>La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, qui pourraient nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.</p> <p>La charte est valablement conclue dès lors que les signataires, au titre des syndicats ou organisations, représentent plus du tiers des montants remboursés au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier.</p> <p>La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.</p>

	<p>La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>En cas de refus d'approbation, ou en l'absence d'accord, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la charte des qualités de la promotion des produits ou prestations. Les conditions de refus d'approbation, de renouvellement et de dénonciation de la charte par les ministres sont fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, le cas échéant pour un ensemble de produits ou prestations comparables ou pour certains produits ou prestations.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au précédent alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte.</p> <p>Le montant de la pénalité ne peut 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 produits ou prestations concernés par le manquement. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>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. Les dispositions des 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Tout professionnel, organisme ou établissement constatant un manquement à la charte en informe, sans délai, le Comité économique des produits de santé. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédure relatifs à la pénalité financière, sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>
	<p>Dispositions non codifiées</p>
	<p>A défaut de conclusion, entre le Comité et les syndicats ou organisations, de la charte prévue à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale avant le 30 septembre 2018, cette charte est arrêtée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.</p>
	<p>Article L. 162-19-1 nouveau</p>

	<p>La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.</p> <p>Ces éléments, ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé, selon des conditions fixées par voie réglementaire.</p> <p>Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>
Code de la santé publique	
	Article L. 5122-17 nouveau
	<p>Sont fixées décret les règles de bonne pratique relatives aux activités de formation professionnelle à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.</p> <p>Ces règles définissent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La qualification requise des intervenants dans ces activités de formation professionnelle ; b) Les modalités de déclaration par les intervenants des formations professionnelles qu'ils ont dispensées.
Article L. 5213-1 actuel	Article L. 5213-1 modifié
<p>I. — On entend par publicité pour les dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.</p> <p>II. — Ne sont pas inclus dans le champ de cette définition :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° L'étiquetage et la notice d'instruction des dispositifs médicaux ; 2° La correspondance, accompagnée, le cas échéant, de tout document non publicitaire, nécessaire pour répondre à une question précise sur un dispositif médical particulier ; 3° Les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la matériovigilance ainsi que les catalogues de ventes et listes de prix s'il n'y figure aucune information sur le dispositif médical ; 	<p>I. — On entend par publicité pour les dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 ou prestations associées toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs ou prestations, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.</p> <p>II. — Ne sont pas inclus dans le champ de cette définition :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° L'étiquetage et la notice d'instruction des dispositifs médicaux ; 2° La correspondance, accompagnée, le cas échéant, de tout document non publicitaire, nécessaire pour répondre à une question précise sur un dispositif médical particulier ; 3° Les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la matériovigilance ou de la réactovigilance ainsi que les catalogues de ventes et listes de prix s'il n'y figure aucune information sur le

<p>4° Les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un dispositif médical.</p>	<p>dispositif médical ;</p> <p>4° Les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un dispositif médical.</p>
<p>Article L. 5213-2 actuel</p>	<p>Article L. 5213-2 modifié</p>
<p>La publicité définie à l'article L. 5213-1 porte sur les dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3.</p> <p>La publicité définit de façon objective le produit, le cas échéant ses performances et sa conformité aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé, telles qu'elles sont attestées par le certificat mentionné au même article L. 5211-3, et favorise son bon usage.</p> <p>La publicité ne peut ni être trompeuse, ni présenter un risque pour la santé publique.</p>	<p>La publicité définie à l'article L. 5213-1 porte sur les dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3.</p> <p>La publicité des dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3 définit de façon objective le produit, le cas échéant ses performances et sa conformité aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé, telles qu'elles sont attestées par le certificat mentionné au même article L. 5211-3, et favorise son bon usage.</p> <p>La publicité ne peut ni être trompeuse, ni présenter un risque pour la santé publique.</p>
<p>Article L. 5213-3 actuel</p>	<p>Article L. 5213-3 modifié</p>
<p>Ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>Ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux ou prestations associées pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>L'interdiction de publicité mentionnée au précédent alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et aux audiorprothèses ainsi qu'à leurs éventuelles prestations associées.</p>
<p>Article L. 5213-4 actuel</p>	<p>Article L. 5213-4 modifié</p>
<p>La publicité de certains dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé est soumise à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans renouvelable.</p> <p>Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par décision motivée de l'agence.</p>	<p>La publicité de certains dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé est soumise à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans renouvelable.</p> <p>Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par décision motivée de l'agence.</p> <p>Est soumise à une autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dénommée "visa de publicité" la publicité pour un dispositif médical et ses prestations associées pris en charge ou financés même partiellement par l'assurance maladie auprès des membres des professions de santé habilités à prescrire ou à dispenser les dispositifs médicaux ou à les utiliser dans l'exercice de leur art, ou auprès de tout autre distributeur.</p> <p>Ce visa peut être suspendu en cas d'urgence ou retiré</p>

Article L. 5223-1 actuel	Article L. 5223-1 modifié
<p>I. — On entend par publicité pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro au sens de l'article L. 5221-1 toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.</p> <p>II. — Ne sont pas inclus dans le champ de cette définition :</p> <p>1° L'étiquetage et la notice d'instruction des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;</p> <p>2° La correspondance, accompagnée le cas échéant de tout document non publicitaire, nécessaire pour répondre à une question précise sur un dispositif médical de diagnostic in vitro particulier ;</p> <p>3° Les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la réactovigilance ainsi que les catalogues de ventes et listes de prix s'il n'y figure aucune information sur le dispositif médical de diagnostic in vitro ;</p> <p>4° Les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un dispositif médical de diagnostic in vitro.</p>	<p>I. — On entend par publicité pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro au sens de l'article L. 5221-1 toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.</p> <p>II. — Ne sont pas inclus dans le champ de cette définition :</p> <p>1° L'étiquetage et la notice d'instruction des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;</p> <p>2° La correspondance, accompagnée le cas échéant de tout document non publicitaire, nécessaire pour répondre à une question précise sur un dispositif médical de diagnostic in vitro particulier ;</p> <p>3° Les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la réactovigilance ainsi que les catalogues de ventes et listes de prix s'il n'y figure aucune information sur le dispositif médical de diagnostic in vitro ;</p> <p>4° Les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un dispositif médical de diagnostic in vitro.</p> <p>Les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 s'appliquent aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2.</p>
<p>Article L. 5223-2 actuel</p> <p>La publicité définie à l'article L. 5223-1 porte sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2.</p> <p>La publicité définit de façon objective le produit, le cas échéant ses performances et sa conformité aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé, telles qu'elles sont attestées par le certificat mentionné au même article L. 5221-2, et favorise son bon usage.</p> <p>La publicité ne peut ni être trompeuse, ni présenter un risque pour la santé publique.</p>	<p>Article L. 5223-2 abrogé</p> <p>La publicité définie à l'article L. 5223-1 porte sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2.</p> <p>La publicité définit de façon objective le produit, le cas échéant ses performances et sa conformité aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé, telles qu'elles sont attestées par le certificat mentionné au même article L. 5221-2, et favorise son bon usage.</p> <p>La publicité ne peut ni être trompeuse, ni présenter un risque pour la santé publique.</p>
<p>Article L. 5223-3 actuel</p> <p>La publicité de certains dispositifs médicaux de diagnostic in vitro dont la défaillance est susceptible de causer un risque grave pour la santé et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé est soumise à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans renouvelable.</p> <p>Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par</p>	<p>Article L. 5223-3 abrogé</p> <p>La publicité de certains dispositifs médicaux de diagnostic in vitro dont la défaillance est susceptible de causer un risque grave pour la santé et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé est soumise à une autorisation préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.</p> <p>Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans renouvelable.</p> <p>Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par</p>

décision motivée de l'agence.	décision motivée de l'agence.
Article L. 5223-4 actuel	Article L. 5223-4 abrogé
L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, dans les conditions fixées à l'article L. 5312-4-1, mettre en demeure la personne concernée de retirer la publicité, de présenter ses observations et de régulariser la situation, au besoin en assortissant cette mise en demeure d'une astreinte. Elle peut prononcer une interdiction de la publicité après que l'entreprise concernée a été mise en demeure.	L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, dans les conditions fixées à l'article L. 5312-4-1, mettre en demeure la personne concernée de retirer la publicité, de présenter ses observations et de régulariser la situation, au besoin en assortissant cette mise en demeure d'une astreinte. Elle peut prononcer une interdiction de la publicité après que l'entreprise concernée a été mise en demeure.
Article L. 5223-5 actuel	Article L. 5223-5 abrogé
Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 6143-7 actuel	Article L. 6143-7 modifié
<p>Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.</p> <p>Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.</p> <p>Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion. Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1.</p> <p>Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.</p> <p>Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Par dérogation, le directeur de l'établissement support du</p>	<p>Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.</p> <p>Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.</p> <p>Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion. Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçant en application de l'article L. 6152-1-1.</p> <p>Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.</p> <p>Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.</p> <p>Par dérogation, le directeur de l'établissement support du</p>

<p>groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.</p> <p>Après concertation avec le directoire, le directeur :</p> <p>1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;</p> <p>2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;</p> <p>3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;</p> <p>4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;</p> <p>5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;</p> <p>6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p> <p>7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;</p> <p>8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;</p> <p>9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;</p> <p>10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;</p> <p>11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;</p> <p>12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;</p> <p>13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;</p> <p>14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;</p> <p>15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;</p> <p>16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à</p>	<p>groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.</p> <p>Après concertation avec le directoire, le directeur :</p> <p>1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;</p> <p>2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;</p> <p>3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;</p> <p>4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;</p> <p>5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;</p> <p>6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p> <p>7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;</p> <p>8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;</p> <p>9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;</p> <p>10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;</p> <p>11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;</p> <p>12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;</p> <p>13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;</p> <p>14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;</p> <p>15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;</p> <p>16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à</p>
--	--

<p>l'article L. 3131-7 ;</p> <p>17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.</p>	<p>l'article L. 3131-7 ;</p> <p>17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7-;</p> <p>18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information, ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation. Ces conditions permettent notamment le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.</p>
--	---

I. Présentation de la mesure

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

Le champ des dispositifs médicaux pris en charge au travers de la liste des produits et prestations (LPP) se caractérise par un dynamisme soutenu (croissance de 5 % en moyenne), qui n'est que partiellement expliqué par le vieillissement de la population, le remboursement de nouvelles innovations ou encore le développement des prises en charge à domicile.

Pour faire vivre de manière dynamique les prix et les tarifs des produits de santé, le secrétariat du CEPS doit par ailleurs pouvoir disposer de moyens humains et matériels à la hauteur de l'enjeu de son action.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à diversifier les outils de négociation à la disposition du CEPS. Elle introduit tout d'abord la possibilité, pour les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, de demander au CEPS de tirer parti de la concurrence qui peut exister sur un marché particulier. Pour des produits à même visée thérapeutique, la mesure proposée rend possible :

- de définir des conditions d'accès au marché qui permettent d'obtenir des remises de la part de *l'ensemble* des industriels en cas notamment d'augmentation des volumes de ventes, ce qui rend plus soutenable l'arrivée d'une innovation. Ce dispositif permettra en particulier de pouvoir négocier des remises pour certains produits actuellement pris en charge sous description générique. Dans ce cas, le principe de négociation en vigueur pour les prix et les tarifs (négociation avec des entreprises ou des groupements d'entreprise de taille suffisamment importantes) est étendu pour la négociation des remises. La mesure précise également les critères qui peuvent être utilisés pour négocier des remises, en s'inspirant notamment de la pratique que le CEPS a pu ponctuellement mettre en œuvre (en l'absence de cette mesure, le CEPS doit négocier les remises avec chaque acteur isolément). Cette clarification doit permettre de donner une meilleure prévisibilité des demandes du CEPS à l'ensemble des acteurs ;
- de diminuer directement le prix de certains produits pris en charge à la LPP lorsqu'un certain volume de vente est atteint, en étendant à l'ensemble des dispositifs médicaux (en particulier ceux pris en charge « en ville ») des dispositions qui s'appliquent déjà à l'ensemble des médicaments pour lesquels un prix est négocié, ainsi qu'aux dispositifs médicaux de la liste en sus.

Elle est complétée par un dispositif permettant de s'assurer que le CEPS dispose bien de l'ensemble des données économiques dont il a besoin pour exercer ses missions : en effet, certaines données (en particulier relatives aux conditions de prise en charge dans d'autres pays européens, ou aux conditions réelles d'usage en France) font parfois l'objet d'une trop grande approximation, ou d'une absence de transmission, de la part des fabricants ou des distributeurs, alors que ces données peuvent s'avérer importantes dans la négociation des prix et des tarifs.

La mesure clarifie en outre les conditions de la négociation des prix et des tarifs des produits sous description générique avec les pharmaciens, pour permettre de négocier plus facilement avec les syndicats représentatifs (reconnus comme tels pour la négociation avec l'assurance maladie, sur la base de critères objectifs, comprenant notamment les résultats aux élections URPS), sauf dans le cas où certaines pharmacies souhaiteraient négocier directement avec le CEPS. Ce dispositif vise à une plus grande efficacité pour le CEPS dans ses négociations avec les différents acteurs.

La mesure précise également que le prix fixé par le CEPS lors de la vente de DM aux établissements est bien un prix limite de vente aux établissements, pour éviter tout « reste à charge » pour ces derniers alors que le CEPS a déjà conclu une négociation.

Pour permettre au CEPS de remplir l'ensemble de ses missions, la mesure vise également à autoriser les caisses nationales des régimes d'assurance maladie à participer au fonctionnement du comité, notamment en le dotant de personnels mis à disposition, à la charge des caisses. La mesure permet également aux caisses de mettre à disposition du CEPS un système d'information ambitieux relatif aux produits de santé, qui permettra de fluidifier le travail du CEPS ou des administrations centrales, et qui permettra une plus grande efficacité du suivi des dépenses relatives aux produits de santé.

b) Autres options possibles

S'agissant des personnels du secrétariat du CEPS, il pourrait également être envisagé un fonds de concours abondé par les régimes d'assurance maladie qui permettrait l'emploi de personnels supplémentaires au service du CEPS, ou le

financement de tout autre moyen matériel de fonctionnement du comité. La mesure retenue présente toutefois une plus grande simplicité opérationnelle.

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

La mesure présente un impact sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie et relève donc de la partie de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions des 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure crée l'article L. 165-2-1 du code de la sécurité sociale, et modifie les articles L. 162-17-3, L. 162-17-5, L. 165-3-3, L. 165-4 et L. 165-7 du même code.

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, 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

La mesure est destinée à sécuriser les économies que le CEPS doit réaliser chaque année au titre de la gestion dynamique des prix des dispositifs médicaux. Le déploiement progressif de ces nouvelles mesures devrait toutefois permettre une économie supplémentaire comprise entre 15 et 30 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		15	20	25	30

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

a) impacts économiques

Les outils de négociation supplémentaires à la disposition visent à permettre d'atteindre les objectifs d'économie fixés en LFSS. En renforçant les capacités d'action du CEPS, ces mesures doivent permettre de mieux réguler l'augmentation des dépenses de la LPP, au regard notamment de l'ONDAM. Cette mesure a donc un impact sur les fabricants de dispositifs médicaux et leurs distributeurs, dont les PSDM.

La mesure pourra en outre impacter le fonctionnement des caisses d'Assurance maladie, compte tenu de la mise à disposition de personnels et de moyens. Cet impact sera toutefois positif, puisque les caisses d'Assurance maladie sont fortement intéressées à une régulation efficiente des produits de santé.

b) impacts sociaux

La mesure proposée n'a aucun impact direct sur les assurés, puisqu'elle vise uniquement les conditions de négociation et de régulation applicables aux entreprises du secteur des dispositifs médicaux.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact 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

Cette mesure est sans impact pour les assurés, mais pourra impacter certaines entreprises du champ des dispositifs médicaux.

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

La mesure aura des impacts organisationnels pour les caisses d'Assurance maladie, notamment pour la gestion de ses personnels.

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

Cette mesure pourra entraîner une charge supplémentaire pour les caisses de sécurité sociale, qui sera toutefois compensée par une meilleure régulation des dépenses des produits de santé.

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'Etat pour préciser les modalités d'application, au premier trimestre 2018.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Article L. 162-17-3-1 nouveau
	<p>I. – Les caisses nationales d’assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels. Par dérogation au premier alinéa de l’article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l’État. Les conditions d’application du présent alinéa, et notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées par décret.</p> <p>II. – Les systèmes d’information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d’informations ou l’information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations mentionnés à l’article L. 165-1 sont mis à disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres par la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d’application du présent alinéa.</p>
Article L. 162-17-5 actuel	Article L. 162-17-5 modifié
<p>Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations.</p> <p>Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.</p>	<p>Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations</p> <p>Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.</p>
	Article L. 165-2-1 nouveau
	Lorsque, dans le cadre de l’inscription ou du maintien de l’inscription, sous quelque forme que ce soit, de

	<p>produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit des données manifestement erronées, à son initiative ou sur demande, relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de ventes ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres pays de l'Union européenne, ainsi que relatives aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ce fabricant ou de ce distributeur.</p> <p>Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés. Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>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. 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L. 165-3-3 actuel	Article L. 165-3-3 modifié
<p>I.-Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :</p> <p>1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;</p> <p>2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les</p>	<p>I.-Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :</p> <p>1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;</p> <p>2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.</p> <p>Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les</p>

tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le Comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.

Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

II.-Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le Comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.

Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

II.-Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les pharmaciens titulaires d'officines sont regardés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine au sens de l'article L. 162-33, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux deux alinéas précédents. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l'assurance maladie, en multipliant l'audience de ce syndicat par les volumes de vente de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officines, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition.

<p>III.-La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.</p> <p>La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.</p> <p>Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.</p> <p>IV.-Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.</p> <p>Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.</p> <p>V.-Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.</p> <p>Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>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. 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six</p>	<p>III.-La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.</p> <p>La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.</p> <p>Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.</p> <p>IV.-Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.</p> <p>Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.</p> <p>V.-Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.</p> <p>Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.</p> <p>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. 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 des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six</p>
---	---

<p>mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.</p> <p>VI.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.</p> <p>VI.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L. 165-4 actuel</p>	<p>Article L. 165-4 modifié</p>
<p>Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.</p>	<p>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 des travailleurs salariés 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.</p> <p>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.</p> <p>S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'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.</p> <p>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.</p> <p>III - Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou</p>

<p>Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>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.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat</p>
<p>Article L. 165-7 actuel</p>	<p>Article L. 165-7 modifié</p>
<p>Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.</p>	<p>Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3.</p>

Article 42 - Uniformisation et révision des textes sur les demandes d'accord préalable (DAP)

I. Présentation de la mesure

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

Le dispositif d'accord préalable (DAP) consiste à conditionner le remboursement d'un produit ou d'une prestation par l'assurance maladie à l'obtention de l'accord du médecin-conseil du service médical de l'assurance maladie. Il s'agit donc d'un dispositif permettant une plus grande efficacité des prescriptions. La DAP constitue un outil important pour l'amélioration de la structure des prescriptions. Ce dispositif permet d'éviter une prescription trop éloignée des recommandations médicales préconisant, à stratégie thérapeutique équivalente, d'abord des traitements moins longs, moins chers, ou mieux tolérés, qu'il s'agisse de prescription d'actes, de transports ou de produits de santé.

Actuellement, une DAP est mise en place suite à une décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour les prestations ou produits dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie ou de l'Etat.

Ce mécanisme a été mis en place pour des médicaments, dispositifs médicaux, examens de biologie médicale, prescription médicale de transport, traitements bucco-dentaires, orthopédie dento-maxillo-faciale, séances itératives de masso-kinésithérapie.

Par exemple, une DAP a été mise en place pour la première fois en 2014 pour plusieurs médicaments de la famille des hypolipémiants (dont le Crestor®). Le dispositif a eu un impact réel sur le bon usage et a permis de baisser de 10% les montants remboursés de cette classe de médicaments entre 2014 et 2015.

Si son utilisation dans le cadre de multiples prestations a montré son intérêt au regard d'une réduction des prescriptions au profit d'autres classes de médicaments ou d'une diminution des actes en série (soins de masso-kinésithérapie), le dispositif tel qu'il existe montre certaines limites.

Le non-respect du dispositif par une partie des prescripteurs ne permet par exemple pas de garantir son efficacité.

L'encadrement législatif et réglementaire des DAP existantes n'est en outre pas homogène, ce qui fragilise le dispositif et constitue une perte d'efficacité. Il est donc nécessaire d'agir tant sur l'uniformisation des pratiques et leur sécurisation législative que sur l'étendue et le contrôle du dispositif.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de faire évoluer le mécanisme de demande d'accord préalable afin de sécuriser et d'étendre le dispositif. Il s'agit de :

- Permettre le déploiement de la DAP sur des actes et des produits de santé à l'initiative des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et non plus seulement de l'UNCAM.
- Sécuriser l'assise juridique du recours à la DAP en précisant les critères de déclenchement, et notamment clarifier la possibilité d'utiliser le critère lié au « caractère particulièrement coûteux » en permettant l'initiation d'une DAP lorsqu'un risque sur les dépenses de l'assurance maladie est anticipé ou en cas de mésusage anticipé ou constaté. Il est également précisé que la DAP peut être déclenchée lorsque l'utilisation d'alternatives est moins coûteuse ; ce volet est à mettre au regard de l'obligation prévue à l'article L. 162-2-1 CSS déjà en vigueur et selon laquelle « Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ».
- Prévoir l'obligation, en l'absence d'accord, d'une mention : « Non remboursable » (NR) sur l'ordonnance du produit ou de la prestation prescrite, notamment pour mieux informer le patient.

- Renforcer les contrôles a posteriori du processus de demande d'accord préalable, sécuriser la traçabilité des avis rendus et faciliter le contrôle a posteriori spécifique aux produits de santé sous DAP en clarifiant notamment le rôle du pharmacien dans le processus de délivrance de tels produits.
- Inscrire au niveau de la loi la règle du silence vaut accord, dans des délais fixés par décret en fonction du produit ou de la prestation visé.

b) Autres options possibles

Aucune : le statu quo ne permettrait pas d'atteindre les objectifs précédemment décrits.

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

La mesure modifie les conditions de prise en charge des actes et des produits de santé par l'assurance maladie ainsi que la nature et les coûts des prescriptions prises en charge. Elle aura ainsi un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base ce qui justifie sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 1° et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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 présente mesure crée les articles L. 162-17-3-1 et L. 315-2-2 du code de la sécurité sociale. Les modifications rédactionnelles sont codifiées aux articles L. 162-4 et L. 315-2 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
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

Pour la DAP hypolipémiants, l'utilisation par l'ensemble des prescripteurs du formulaire représente une économie chiffrée à 20 M€ pour une année pleine. La mise en place d'une DAP en 2018 sur une nouvelle classe de médicaments, représenterait une économie de 10 M€ (20 M€ en année pleine). On peut donc retenir cette hypothèse d'économies supplémentaires pour chaque classe de médicaments soumise à DAP spécifiquement du fait de la mise en place de cette mesure. L'élargissement à de nouvelles classes de médicaments sera en effet rendu possible par la clarification et l'élargissement des critères permettant de mettre un médicament sous DAP prévus par la présente mesure, et en particulier la possibilité pour les ministres de prévoir une DAP dès l'inscription au remboursement d'un produit ou de l'une de ses indications.

La mesure introduit également de nouvelles obligations ou mesures d'information à destination du patient relatives aux conditions de prise en charge (indication de la mention « non remboursable » sur l'ordonnance, conseil de la part du pharmacien ou d'un autre distributeur sur le statut de prise en charge). Ces dispositifs doivent permettre de rendre plus efficaces les DAP actuellement mises en œuvre, en fluidifiant le circuit d'information des différents acteurs, et en évitant que certaines prestations soient prises en charge alors qu'elles ne devraient pas l'être. Il est estimé que le renforcement de ces mécanismes doit permettre une économie supplémentaire comprise entre 5 et 10 M€ par an pour les DAP actuellement mises en œuvre.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régimes d'assurance maladie		+ 15	+ 25	+ 30	+ 30

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

a) impacts économiques

Le dispositif de la DAP encadre notamment le recours trop rapide à certaines prestations onéreuses et de dernière intention, et ce lorsque les recommandations médicales préconisent en première intention des prestations moins chères ou mieux tolérées. L'extension du dispositif telle que proposée permettra donc d'améliorer l'efficacité économique des structures de prescription et donc des dépenses de remboursement des prestations.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

L'extension du champ de la demande d'accord préalable peut conditionner le remboursement de certaines prestations pour les assurés quand d'autres prestations à équivalence thérapeutique peuvent être prises en charge.

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 la mesure nécessite une mobilisation des caisses d'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.

La mesure appelle un décret en Conseil d'Etat (modalités de mise en œuvre de la DAP sur décision directe des ministres) et un décret simple (délai pour le silence vaut accord), qui seront publiés au premier semestre 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.

Progressivement à compter de 2018.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La prescription de tout produit ou prestation sous DAP fait l'objet d'une information par le prescripteur.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure s'effectuera dans le cadre du suivi annuel de la convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-4 actuel	Article L. 162-4 modifié
<p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 160-8.</p> <p>Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33.</p> <p>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.</p>	<p>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 :</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 160-8.</p> <p>Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33.</p> <p>5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence d'accord de prise en charge des 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 médical.</p> <p>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.</p>
Article L. 315-2 actuel	Article L. 315-2 modifié
<p>Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p> <p>Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :</p> <p>-la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre</p>	<p>I. Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p> <p>II. Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont une prestation dans l'un des cas</p>

<p>médical ;</p> <p>-la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;</p> <p>-le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie ou de l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque</p>	<p>suiuivants :</p> <p>- la sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ;</p> <p>- la sa justification, du fait de leur son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;</p> <p>- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement couteux pour l'assurance maladie, ou de ou pour l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>- le recours à une autre prestation est moins coûteux.</p> <p>III. Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.</p> <p>Indépendamment des dispositions des deux alinéas précédents, la décision peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes, ou l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1, et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à L. 5121-12 de ce même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV. Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas du présent article relatives à la procédure d'accord préalable, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à</p>
--	--

<p>le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p> <p>Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.</p>	<p>l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p> <p>V. Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.</p>
	<p>Article L. 315-3 nouveau</p>
	<p>I. Lorsque la prise en charge de médicaments, ou de produits et prestations éventuellement associés mentionnés à l'article L. 165-1, est subordonnée à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2, le pharmacien, le prestataire de services ou tout autre distributeur de matériel auprès du public informe le patient de ces conditions particulières de prise en charge.</p> <p>II. Tout pharmacien, distributeur ou prestataire est tenu de s'assurer que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments ou des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 a été donné. Pour la prise en charge de ces médicaments ou produits et prestations par l'assurance maladie, il est tenu d'agir conformément à la décision du service du contrôle médical.</p> <p>III. Le non-respect, par tout pharmacien, distributeur ou prestataire, des obligations prévues au II peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>

Article 43 – Extension de la mise sous objectifs (MSO) et de la mise sous accord préalable (MSAP) à tous les prescripteurs

I. Présentation de la mesure

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

L'amélioration des pratiques des prescripteurs repose notamment sur un accompagnement des médecins identifiés par l'assurance maladie comme forts prescripteurs. Ce dernier consiste, selon les cas, en un accompagnement du médecin à visée informative (visite des délégués de l'assurance maladie, diffusion de référentiels de bonnes pratiques...) et/ou à des échanges confraternels avec les médecins-conseils (transmission du profil de prescriptions leur permettant de comparer leur pratique à celle de leurs confrères, échanges sur des cas de patients...).

Les mises sous objectifs et mises sous accord préalable (MSO/MSAP) constituent une seconde étape de l'accompagnement gradué proposé par l'assurance maladie et ont vocation à cibler des médecins dont la pratique est significativement supérieure aux moyennes constatées à activité comparable sur un même territoire.

Lorsque les médecins ayant une pratique atypique n'ont pas fait évoluer leur niveau de prescription, l'assurance maladie peut enclencher la procédure de MSO. Cette procédure, introduite par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, à titre d'alternative préalable à une MSAP (cf. ci-dessous), se traduit par un ciblage de médecins donnant lieu à une phase d'observation de 4 à 6 mois au terme de laquelle est analysée l'évolution des pratiques par rapport à un objectif de réduction convenu entre l'organisme local d'assurance maladie et le médecin.

À l'issue de cette période et en fonction des résultats ou lorsque le médecin a refusé la mise en œuvre d'une MSO, une MSAP peut être appliquée. Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (art 25), la MSAP a pour effet de subordonner à l'accord préalable du service médical le remboursement d'actes, de produits ou prestations inscrits à la nomenclature, les frais de transport, les indemnités journalières d'arrêt de travail. Elle vise à réduire les écarts de pratiques entre les médecins et à les mettre en conformité avec les référentiels de pratiques de la Haute Autorité de santé existants. La MSAP est mise en œuvre au maximum pour 6 mois et peut être reconduite. En l'absence d'atteinte des objectifs convenus entre la caisse d'assurance maladie et le médecin et d'un écart de pratiques qui perdure, des pénalités financières sont prévues.

La MSAP est également prévue pour les actes et prescriptions des établissements de santé de médecine, chirurgie, obstétrique et lorsque ces derniers orientent vers une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation non justifiée. Elle est déclenchée, après un temps d'échanges comprenant l'analyse des pratiques, par le directeur de l'Agence régionale de santé (après avis de l'organisme local d'assurance maladie).

Les thèmes des campagnes de MSO/MSAP sont définis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dans le cadre de ses actions de gestion du risque et tendent à montrer une réelle efficacité des dispositifs. Par exemple, la campagne MSO/MSAP « Indemnités journalières » initiée en 2013, a permis d'après les estimations de la CNAMTS de réaliser une économie de 49 M€ (37 M€ pour les MSO, 12 M€ pour les MSAP) en 2013 et 72 M€ en 2014.

La MSO/MSAP ne peut toutefois pas être mise en œuvre auprès des prescripteurs non médecins, tels que les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les infirmiers.

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

a) Mesures proposées

Il est proposé de clarifier et de développer le recours aux MSO/MSAP par l'assurance maladie :

1 - Etendre la MSO/MSAP à tous les professionnels de santé

En cohérence avec l'extension du périmètre de prescriptions des professionnels de santé autres que médecins, il s'agit de permettre de placer sous MSO/MSAP :

- les sages-femmes, qui ont la possibilité de prescrire une liste limitative de médicaments, de dispositifs médicaux, des examens dès lors qu'ils sont « strictement nécessaires à l'exercice de leur profession » et des arrêts de travail aux femmes enceintes (grossesse non pathologique) dans la limite de 15 jours calendaires (non renouvelables) ;
- les masseurs-kinésithérapeutes, qui ont la possibilité de prescrire une liste limitative de dispositifs médicaux qui coordonnent leurs soins avec le médecin prescripteur et ont la possibilité, au moyen du « BDk-bilan », diagnostic kinésithérapique, d'établir le nombre de séquences de soins requises compte tenu des objectifs de soins et du choix des actes et techniques. Les masseurs-kinésithérapeutes ont vu leur périmètre de prescription élargi par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui leur a donné la possibilité

d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales sous réserve qu'elles datent de moins d'un an et dans des conditions qui doivent être précisées par décret ;

- les infirmiers, qui ont la possibilité de renouveler les prescriptions de certains médicaments datant de moins d'un an et pour une durée maximale de 6 mois non renouvelable, et de prescrire une liste limitative de dispositifs médicaux.

2- Réviser certains critères de ciblage de la MSO/MSAP

- ajouter des modalités de ciblage des prescripteurs excessifs de transports :

Il est proposé de créer un ciblage fondé sur le montant remboursé et plus uniquement sur le nombre de transports prescrits. En effet, il a été observé dans plusieurs régions que les prescripteurs les plus significativement éloignés de la moyenne ne sont pas ceux occasionnant le plus de dépenses : en ciblant les prescripteurs d'après le seul nombre de transports prescrits, ne sont pas identifiées les prescriptions de transports les plus coûteuses.

- modifier certains critères pour améliorer la pertinence du ciblage en le rapportant au nombre de patients plutôt qu'au nombre de consultations réalisées :

Afin d'éviter une neutralisation des critères de ciblage par une répétition des actes par le professionnel, il est proposé de remplacer le rapport au nombre de consultations par le rapport au nombre de patients traités au cours de la période.

- ajouter la notion d'acte à celle de consultation afin d'étendre les dispositifs à tous les professionnels de santé en prenant en compte les situations liées à la réalisation d'actes techniques et non uniquement de consultations (lesquelles sont réalisées par les médecins et les sages-femmes seulement).

3- Etendre le non remboursement de l'établissement de santé placé sous MSAP s'il délivre des actes ou des prestations sans solliciter un accord préalable du service médical

b) Autres options possibles

S'agissant de la révision des critères de ciblage, une autre option aurait été d'harmoniser la rédaction afin de ne conserver qu'un chapitre commun à l'ensemble des prestations prescrites. Cela se serait traduit par la suppression des précisions du ciblage existant actuellement pour les indemnités journalières d'arrêt de travail et pour les dépenses de transport. Cette possibilité n'a pas été retenue, les critères de ciblage pour les indemnités journalières et les transports étant déjà inscrits au niveau de la loi, leur suppression (par renvoi à un texte réglementaire) constituerait un signal peu lisible pour les professionnels de santé au moment où la procédure de MSO-MSAP est étendue.

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

La mesure trouve sa place au sein de la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, compte tenu de son impact sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, 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 de l'ensemble du projet de loi en application des dispositions législatives prévoyant une telle saisine.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Article L. 162-1-15 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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
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 mesure envisagée permettra de diminuer la forte dynamique des dépenses liées aux prescriptions faites par les masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers. Une baisse de 0,2 point du pourcentage d'évolution spontanée de ces dépenses permettrait d'économiser un montant de 20 M€ en année pleine.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régimes d'assurance maladie		+ 20	+ 40	+ 60	+ 80

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

a) impacts économiques

L'extension du dispositif telle que proposée permettra d'améliorer l'efficacité économique des structures de prescription et donc des dépenses de remboursement des prestations par l'assurance maladie.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

L'impact est neutre pour les assurés en sachant que :

- la MSO/MSAP sous laquelle est placé le professionnel de santé ne remet pas en cause, pour l'assuré, le remboursement des consultations et des prescriptions qui en découlent ;
- l'établissement de santé placé sous MSAP qui délivrerait des actes ou des prestations sans avoir sollicité un accord préalable du service médical, ne sera pas réglé par l'assurance maladie, sans qu'il puisse facturer ces coûts aux patients.

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

Des ressources devront être mobilisées par le réseau de l'assurance maladie afin de procéder à l'accompagnement des professionnels de santé qui est mis en œuvre pour chaque campagne de MSO/MSAP.

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

Sans objet.

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

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

Modification du décret du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins pour l'étendre aux autres professionnels de santé. (article R.148-1 CSS et suivants), par un décret en Conseil d'Etat qui sera pris au premier semestre 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.

A compter de 2018 et progressivement sur les différentes professions.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure s'effectuera dans le cadre du suivi annuel de la convention d'objectif et de gestion de la CNAMTS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L.162-1-15 actuel	Article L.162-1-15 modifié
<p>I.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-1, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service :</p> <p>1° Du non-respect par le médecin des conditions prévues, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme</p>	<p>I.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin professionnel de santé a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-1, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service :</p> <p>1° Du non-respect par le médecin professionnel de santé des conditions prévues, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin professionnel de santé et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les</p>

<p>local d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en oeuvre des dispositions du présent alinéa.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.</p> <p>II.-Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.</p> <p>II bis.-La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>III.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;</p> <p>5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins médecins professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie. Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en oeuvre des dispositions du présent alinéa.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin médecin professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.</p> <p>II.-Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin médecin professionnel de santé, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin médecin professionnel de santé, le directeur poursuit la procédure prévue au I.</p> <p>II bis.-La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>III.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
Article L.162-1-17 actuel	Article L.162-1-17 modifié
<p>En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis ou sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.</p> <p>Cette décision est motivée par le constat d'une proportion</p>	<p>En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis ou sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé.</p> <p>Cette décision est motivée par le constat d'une proportion</p>

<p>élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ou d'une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ou prescriptions ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.</p>	<p>élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ou d'une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.</p> <p>Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge ou en l'absence de demande d'accord préalable, ces actes ou prestations ou prescriptions ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 162-30-3.</p> <p>Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.</p>
---	--

I. Présentation de la mesure

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

L’article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, en dérogeant à l’article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, a prévu qu’à défaut de signature d’un avenant avant le 1er février 2017, un arbitre arrête un projet de convention se substituant à la convention dentaire en vigueur mais n’en modifiant le contenu que pour un nombre limité de dispositions : la modification des tarifs, d’une part, la mise en place d’une limitation sur tout ou partie des dépassements autorisés, d’autre part. Les négociations entre l’union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de chirurgiens-dentistes ayant échoué en janvier 2017, un projet de règlement arbitral, approuvé par arrêté du 29 mars 2017, est entré en vigueur au 1er avril 2017. Ce règlement prévoit notamment un plafonnement progressif des soins prothétiques à compter du 1er janvier 2018 en contrepartie d’une revalorisation significative de la base de remboursement des soins conservateurs et des soins à destination des publics fragiles. Au cours des derniers mois, les chirurgiens-dentistes ont contesté le contenu de ce règlement arbitral.

Pour mettre en œuvre l’engagement du Président de la République d’offrir à tous les Français d’ici 2022 un accès à des offres sans aucun reste à charge pour les prothèses dentaires, un approfondissement de ce chantier en concertation avec les professionnels de santé permettra d’approfondir la démarche et de lutter contre le renoncement aux soins. Sur la base des lignes directrices adressées par la ministre chargée de la santé le 18 juillet 2017, les discussions conventionnelles entre l’UNCAM et les syndicats de chirurgiens-dentistes reprennent à compter de septembre 2017. Afin de permettre la tenue de discussions dans un climat apaisé et compte tenu des délais incompressibles de négociation et de validation d’un éventuel accord, il est nécessaire de retarder l’entrée en vigueur, initialement prévue au 1er janvier 2018, des mesures de plafonnement et de revalorisation qui s’appliqueraient dans l’hypothèse d’une absence d’accord dans le cadre des nouvelles négociations.

La compétence de l’arbitre étant épuisée depuis l’approbation du règlement par arrêté, il est nécessaire de modifier par la loi les conditions de son entrée en vigueur, prévues initialement dans la LFSS pour 2017.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à reporter d’un an l’application des plafonnements tarifaires et les revalorisations tarifaires qui en constituent la contrepartie. Les plafonds et les nouveaux tarifs, échelonnés de 2018 à 2021, sont reportés d’un an. Les montants de la clause de sauvegarde qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisations ou la réduction des plafonds, calculés en euros dans la perspective d’une application à compter de 2018, doivent également être adaptés pour tenir compte du report. En effet, les montants d’honoraires à partir desquels se déclenchent le gel des revalorisations ou le durcissement des plafonds sont calculés pour tenir compte de l’effet du règlement arbitral par rapport à un tendanciel de dépenses. Le report d’un an implique donc une modification technique de ces seuils pour tenir compte des évolutions tendancielle pendant l’année du report.

Le règlement arbitral n’est toutefois pas reporté dans sa totalité, en particulier, les dispositions qui sont déjà entrées en vigueur en 2017 (augmentation de tarifs plafonds applicables aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire - CMU-c) ne sont pas affectées par la mesure.

b) Autres options possibles

Une alternative consisterait à modifier le régime juridique du règlement arbitral pour prévoir des modifications par un nouvel arbitrage. Cette option a été écartée. En effet, le recours à l’arbitrage doit rester une exception en cas d’échec de négociations à fort enjeu, moins favorable en principe que le dernier état du projet d’accord conventionnel. Les conditions prévues par l’arbitrage doivent en effet inciter les partenaires conventionnels à reprendre dès que possible la voie des négociations.

Une autre option consisterait à modifier le cadre juridique de l’arbitrage pour permettre son amendement au risque d’affaiblir le principe de l’arbitrage en ouvrant de façon permanente une voie alternative à la négociation conventionnelle.

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

La mesure repousse l’entrée en vigueur du règlement arbitral, ce qui conduit à reporter des dépenses imputées sur l’ONDAM 2018 à hauteur de 152 M€. De ce fait, la mesure présente un impact sur l’équilibre financier de la branche maladie qui la rattache au champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application des 1° et 2° du C du V de l’article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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) ?

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'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
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 report partiel d'un an du règlement arbitral concerne les plafonnements de dépassement en 2018, sans impact pour l'assurance maladie obligatoire, et les revalorisations prévues dès 2018 (152 M€, en incluant les centres de santé dentaires).

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)
	Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)

	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
		+ 152	+ 38	- 34	- 47

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

a) impacts économiques

Le report partiel d'un an du règlement exerce deux effets contradictoires sur les revenus des chirurgiens-dentistes (report d'un an des revalorisations pour 152M€, report du plafonnement aboutissant à réduire les honoraires des dentistes libéraux de 154 M€).

b) impacts sociaux

La réduction du reste à charge prévue pour 2018 est reportée d'un an, mais la perspective d'un accord conventionnel ouvre des perspectives plus durables de réduction des restes à charge, dans le cadre de l'objectif de « zéro reste à charge » après prise en charge par les assurances complémentaires en 2022.

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

Sans objet

- **impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental

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

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

La réduction du reste à charge prévue pour 2018 est reportée d'un an, mais la perspective d'un accord conventionnel ouvre des perspectives plus durables de réduction des restes à charge, dans le cadre de l'objectif de « zéro reste à charge » après prise en charge par les assurances complémentaires en 2022.

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

La mesure modifie le contexte des négociations organisées entre l'assurance maladie et les dentistes à partir de septembre 2017.

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

Sans impact

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

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

Pas de texte d'application

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet

Article 45 – Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, mettant en œuvre la tarification à l'activité (T2A), a affirmé le principe de la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire et a instauré, pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif) un dispositif transitoire et dérogatoire sous forme de valorisation par les agences régionales de santé (ARS) sur proposition de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

L'article 54 de la LFSS pour 2009 a ouvert aux établissements de santé volontaires la possibilité de participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie. Cette expérimentation a permis de procéder à la généralisation effective de la facturation individuelle des actes et consultations externes au 1er mars 2016. Aujourd'hui, 517 des 548 établissements concernés (94%) sont passés en production.

En revanche cette démarche n'a pas encore été étendue aux séjours.

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

a) Mesure proposée

Eu égard à la généralisation effective du processus de facturation directe des actes et consultations externes (FIDES ACE), il est proposé d'abroger le dispositif expérimental mis en œuvre par la loi de financement de la sécurité sociale en 2009 afin de permettre à tous les établissements de santé de bénéficier de la généralisation.

Au vu d'une part, des résultats relatifs à la mise en œuvre de FIDES ACE particulièrement positifs et d'autre part, dans un objectif de simplification et de lisibilité pour les patients de leur prise en charge hospitalière, il apparaît aujourd'hui opportun de déployer un dispositif similaire pour les séjours dans un objectif de généralisation du processus de facturation au 1er mars 2022.

En effet, la généralisation de la facturation individuelle constitue une priorité des pouvoirs publics. Cette généralisation est essentielle pour le bon déploiement du programme de simplification du parcours administratif du patient à l'hôpital (programme « SIMPHONIE »). Ce programme vise à répondre aux principales attentes des usagers : bénéficier en temps réel d'une information exacte sur le niveau des prises en charge de ses prestations par les assurances maladie obligatoire et complémentaire et sur l'existence d'un éventuel reste à charge ; prise en charge administrative simplifiée, dématérialisée et en temps réel. Dans ce cadre, le déploiement de la consultation automatique des droits à l'assurance maladie obligatoire (projet CDRi) est en cours et celui de la dématérialisation des échanges avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, tant pour la gestion des droits que pour la facturation (projet ROC), débutera au 2ème semestre 2018. De plus, les travaux menés depuis trois ans avec les éditeurs hospitaliers permettent d'intégrer ces composantes dans le cadre plus large d'une rénovation des outils de gestion administrative du patient et de la facturation, dont les évolutions participent également de la simplification et de l'amélioration de ce processus. Ainsi, dans le cadre du programme SIMPHONIE, l'expérimentation se poursuit pour décloisonner et fiabiliser les processus de production, et intégrer les séjours au pilotage global des recettes en facturation directe (recettes provenant de l'assurance maladie obligatoire de l'assurance maladie complémentaire, des patients, des prestations inter-établissements, autres recettes diverses...). Le déploiement du programme SIMPHONIE étant prévu sur la période 2018-2021, il est proposé de synchroniser les calendriers.

b) Autres options possibles

Une autre option n'est opérationnellement pas possible.

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

La généralisation de la facturation directe des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en permettant d'accéder au fil de l'eau aux données détaillées et fiabilisées des prestations des hôpitaux publics et des établissements de santé privés à but non lucratif. Elle permettra notamment un meilleur contrôle a priori des sommes dues à ces établissements par les régimes d'assurance maladie obligatoire (2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale) et de mieux connaître les parcours de soins complets des patients (soins ambulatoires, en cliniques privées et en établissements publics de santé).

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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 européen.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Saint-Martin et Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure directement applicable</i>
<i>Saint-Pierre-et-Miquelon</i>	<i>Mesure non 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 généralisation de la facturation individuelle participe d'une meilleure gestion des ressources des établissements de santé et contribue à l'efficacité de gestion interne aux établissements.

2. 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 généralisation de la facturation individuelle permettra d'améliorer l'information donnée au patient, en rendant possible la délivrance d'une information en temps réel et exhaustive sur le niveau des prises en charge des prestations par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire et sur l'existence d'un éventuel reste à charge ; il participe d'une prise en charge administrative simplifiée, dématérialisée et en temps réel.

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

La facturation individuelle conduit à étendre aux séjours l'ensemble du processus de recouvrement entre les hôpitaux, les comptables publics hospitaliers et les caisses d'assurance maladie obligatoire qui a déjà fait la preuve de sa pertinence et de sa faisabilité pour les actes et consultations externes, y compris d'un point de vue informatique. Il s'agit d'une source de modernisation et d'efficacité administrative.

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

Sans impact.

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

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

La mise en oeuvre de la généralisation de la facturation directe nécessite un décret simple fixant les modalités calendaires de montée en charge de la généralisation et potentiellement, en fonction des résultats de l'expérimentation, une adaptation du décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, fixant les modalités de mise en oeuvre de la facturation 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.

L'UNCAM est étroitement associée au projet et fait évoluer ses systèmes en cohérence avec l'évolution de l'expérimentation et du déploiement.

c) Modalités d'information des assurés

Pas d'impact direct sur les assurés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en oeuvre est assuré à au niveau national par le comité de pilotage « FIDES » rassemblant, le ministère des solidarités et de la santé (Secrétariat général, DGOS, DSS et ATIH), le ministère de l'action et des comptes publics (DGFIP), la CNAMTS et des représentants des ARS.

I. Présentation de la mesure

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

La dégressivité tarifaire était censée répondre à deux objectifs :

- Inciter les établissements de santé à maîtriser à titre individuel l'évolution de leur activité ;
- Individualiser la régulation prix-volume en l'individualisant.

Un premier bilan de l'application du mécanisme montre toutefois que la mise en œuvre de la dégressivité tarifaire n'a pas permis l'atteinte de ces objectifs. En effet, il s'est avéré que l'activité réalisée par des établissements au-delà des seuils d'évolution fixés au niveau national pouvait être parfaitement justifiée.

C'est le cas notamment lorsque des établissements de santé se regroupent ou fusionnent, ce qui engendre des transferts de patients augmentant de ce fait le volume d'activité au-delà du seuil d'évolution fixé au niveau national, alors même que l'activité à titre individuel de ces établissements n'a pas nécessairement augmenté.

C'est également le cas dans certaines régions où le taux de recours par la population à certaines prestations de soins était insuffisant, et où les Agences régionales de santé (ARS) ont incité les établissements de santé à développer leur activité pour ces prestations de soins pour répondre à un besoin, entraînant le dépassement des seuils d'évolution fixés au niveau national.

Ainsi, le dispositif de dégressivité n'a pas permis de prendre en compte la situation des territoires et de responsabiliser les acteurs de terrain.

La campagne 2015 a fait apparaître que les montants à récupérer étaient très faibles, compte tenu du champ d'application limité à quelques activités (24 racines de groupes homogènes de malades ciblées). Le montant global ainsi récupéré a été in fine de 8 M€.

Pour ces raisons, il est proposé de mettre un terme à ce mécanisme qui n'a pas atteint ses objectifs.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à supprimer le mécanisme de dégressivité tarifaire.

En effet, il n'apparaît pas souhaitable de maintenir un dispositif dans sa configuration actuelle. Son amélioration pourrait consister à prendre en compte des taux de recours aux soins, des taux de fuite, des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), de l'indice de vieillissement de la population ou encore des indicateurs d'alerte du réseau de l'assurance maladie relatifs à une éventuelle non-pertinence des indications mais aurait pour conséquence de complexifier encore davantage le dispositif.

La pertinence des soins ne dépend pas du nombre d'actes pratiqués et encore moins de son taux d'évolution. Elle doit s'analyser dès le premier acte et non à partir d'un seuil. C'est pourquoi le lien avec le mécanisme de dégressivité tarifaire, tel qu'il est actuellement conçu, est discutable en tant qu'il minore a posteriori les tarifs des actes jugés non pertinents ou inutiles selon les critères nationaux. Les travaux sur la pertinence relèvent d'autres actions qui seront poursuivies.

b) Autres options possibles

Le statu quo n'apparaît pas opportun au vu de la complexité du dispositif et de son absence de portée pratique.

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

Cette mesure a sa place en LFSS au regard de son impact en dépenses sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application des 1^o et 2^o du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

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

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

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) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
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 mécanisme actuel de dégressivité tarifaire se traduit par l'application d'un taux de minoration des tarifs de 20% sur l'activité réalisée au-delà des seuils fixés nationalement. Les montants récupérés au titre de ce mécanisme viennent minorer l'exécution de l'ONDAM établissements de santé.

L'abrogation du mécanisme de dégressivité tarifaire conduirait ainsi à majorer, de l'ordre de 8M€, le niveau des dépenses d'assurance maladie imputées sur l'ONDAM 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 -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM établissements de santé		- 8	- 8	- 8	- 8

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

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

Sans objet.

- *impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat est nécessaire afin d'abroger les dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à la dégressivité tarifaire (articles R. 162-33-10 à R. 162-33-14).

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

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Article 47– Report de l’entrée en vigueur de l’intégration des dépenses de transport inter-établissements dans le budget des établissements de santé.

I. Présentation de la mesure

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

L’article 80 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a posé le principe selon lequel tous les transports inter-établissements devraient être pris en charge par les établissements de santé à compter du 1^{er} mars 2018, et ce en lieu et place d’une facturation directe à l’assurance maladie.

L’objectif est double : simplifier la facturation des transports liés à une hospitalisation et éviter toute source d’erreur conduisant au double paiement d’un transport (par le financement de l’établissement et la prise en charge induite par l’assurance maladie du transport facturé par ailleurs) et toute source de contentieux entre transporteurs et établissements de santé.

L’engagement des travaux techniques, ainsi que la phase de concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé, ont révélé la nécessité d’aménager un délai supplémentaire aux établissements afin de mener de manière optimale les chantiers organisationnels et financiers préalables à la mise en œuvre de cette mesure. Un report de la date d’entrée en vigueur apparaît donc indispensable pour garantir la mise en œuvre de cette mesure dans les meilleures conditions.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à reporter l’entrée en vigueur des dispositions prévues à l’article 80 de la LFSS pour 2017 au 1^{er} octobre 2018 afin de sécuriser les conditions opérationnelles de réalisation de ce transfert financier.

b) Autres options possibles

Le maintien de la date initialement fixée ne permettrait pas, comme indiqué, de laisser un temps suffisant pour la mise en œuvre de la réforme.

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

Tout comme l’article 80 de la LFSS pour 2017, sa modification aura des conséquences sur les dépenses prises en charge par les établissements de santé et les régimes obligatoires de base de l’assurance-maladie. À ce titre, l’impact de la mesure sur l’ONDAM justifie sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions du 2^o du C du V de l’article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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) ?

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure directement applicable
Saint-Martin, 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 transfert d'enveloppe aux établissements devrait être source d'économie à moyen terme. D'une part, la lisibilité de la réglementation permettra d'éviter des pratiques de facturation erronées. D'autre part, l'intégration de ces dépenses dans le budget des établissements de santé permettra de les intéresser à ces dépenses et d'accroître leur vigilance en matière de prescription de transports. Ceux-ci seront incités à gagner en efficacité grâce à une meilleure adéquation entre le mode de transport et l'état de santé du patient, ainsi qu'une meilleure organisation de la gestion des sorties et de la commande de transport.

Le montant des dépenses d'assurance maladie au titre du remboursement des transports secondaires inter-établissements a été estimé à 125 M€ (pour un coût total de 140 M€ compte tenu de la participation de l'assuré). En cohérence avec les travaux menés en 2016 par les corps d'inspection interministériels (IGAS, IGF, IGA), on estime que le transfert d'enveloppe pourrait permettre une diminution *a minima* de 5% des dépenses (soit 7 M€ par an). L'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} mars 2018 aurait ainsi conduit à générer une économie, après une période de montée en charge en 2018, de l'ordre de 7 M€ en 2019.

Le report de l'entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018, comme le prévoit la présente mesure, se traduirait ainsi en 2019 par un coût pour l'assurance maladie de l'ordre de 4 M€ correspondant à un décalage de la montée en charge, et donc des économies afférentes, de 7 mois par rapport à la trajectoire attendue.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM établissements de santé			- 4	- 4	- 4

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

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

Sans objet.

- *impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Article 48 - Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

I. Présentation de la mesure

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

L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de la réforme engagée est de corriger les effets négatifs du modèle de financement historique de ces activités, distinct selon les secteurs :

- Les établissements privés sous OQN (objectif quantifié national – qui regroupe les établissements privés à but lucratif et une partie des établissements privés à but non lucratif), sont historiquement financés par des prix de journée et autres suppléments présentant un caractère inflationniste et qui ne traduisent ni la variété ni la lourdeur des prises en charge ;
- Quant aux établissements sous dotation annuelle de financement (DAF), leur financement historique sous forme de dotation rend complexe le développement de l'activité et ne permet pas de prendre en compte l'évolution des prises en charge, ni leur intensité.

L'ensemble de ces financements est par ailleurs sans lien avec la qualité ou la pertinence de l'activité et s'est traduit historiquement par de fortes inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu'entre établissements.

Le nouveau modèle, commun aux deux secteurs, repose sur un financement mixte associant :

- Une part fondée sur l'activité, permettant de reconnaître la dynamique des établissements de santé ;
- Des financements forfaitaires, qui permettent de garantir un minimum de stabilité et de visibilité budgétaire aux établissements, de prévenir les effets inflationnistes d'un financement lié intégralement à l'activité et de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des activités de SSR.

L'activité de SSR est par ailleurs éligible, depuis 2017, au forfait d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ).

La mise en œuvre de la réforme a débuté en 2017 moyennant un dispositif transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement. L'objectif de cette première étape de mise en œuvre était de permettre aux établissements d'appréhender la réforme progressivement, en limitant les effets revenus et de finaliser en parallèle les évolutions techniques nécessaires.

La poursuite des travaux, menés en concertation avec les fédérations hospitalières, a montré que cette période transitoire, initialement prévue pour une durée d'un an, devait être prolongée.

Un délai supplémentaire est en effet nécessaire, à la fois pour prendre compte les contraintes techniques d'adaptation des systèmes de liquidation et de facturation existants mais également pour préciser les paramètres du modèle cible, en cohérence avec les orientations politiques concernant la place et les missions des activités de soins de suite et de réadaptation dans le dispositif d'offre de soins.

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

a) Mesure proposée

Le dispositif transitoire mis en place pour la période du 1er mars 2017 au 28 février 2018, fondé sur l'application combinée des anciennes et des nouvelles modalités de financement, a permis aux établissements d'entrer très progressivement dans la réforme en conservant, pour une part majoritaire de leurs ressources, leur modèle historique de financement (DAF ou prix de journée).

La mesure proposée vise à prolonger jusqu'au 31 décembre 2019 cette période transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement. Le modèle cible de financement entrera ainsi en vigueur, dans toutes ses composantes, au 1^{er} janvier 2020.

Toutefois, pour inciter au développement des prises en charge externes en SSR dans le cadre du virage ambulatoire, les actes et consultations externes des établissements ex-DAF pourront, dès le 1^{er} janvier 2018, être facturés à 100%.

La mesure vise également à simplifier certains aspects du dispositif et prévoit la possibilité d'introduire plus de souplesse dans la montée en charge du modèle :

- Elle permet ainsi d'adapter l'application des modalités de facturation, dans un souci de simplification pour les établissements de santé mentionnés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6 CSS ;
- Elle prévoit de supprimer l'obligation de diminuer chaque année la valeur du coefficient de rééducation-réadaptation, renvoyant ainsi la décision quant à la fixation de son niveau à un arrêté annuel qui sera pris eu égard à l'avancée réelle des travaux classificatoires ;
- Elle offre enfin la possibilité de moduler le rythme de déploiement des nouvelles modalités de financement en fonction des catégories d'établissement, afin de pouvoir adapter, le cas échéant, le rythme de montée en charge de la réforme en fonction des secteurs.

b) Autres options possibles

Une option alternative aurait été de mettre en place le dispositif de financement cible au 1er mars 2018, conformément aux dispositions actuellement en vigueur. Une telle option n'est pas soutenable pour les acteurs qui doivent bénéficier d'une mise en œuvre progressive du dispositif permettant notamment de limiter les effets revenus. Cette option se heurterait par ailleurs à une impossibilité technique pour les établissements privés sous OQN de facturer leurs prestations à l'assurance maladie, les systèmes d'information et de liquidation n'étant pas encore adaptés au nouveau modèle.

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

L'inscription en LFSS se justifie par ses effets directs, en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

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

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général 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'UNOCAM 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) ?

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 162-23-15 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure ne prévoit pas d'abrogation de dispositions obsolètes.

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

<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion</i>	<i>Application</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Application</i>
Collectivités d'Outre-mer	
<i>Saint Martin et Saint Barthélemy</i>	<i>Application</i>
<i>Saint Pierre et Miquelon</i>	<i>Non application</i>
<i>Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)</i>	<i>Non application</i>

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Afin d'accompagner la montée en charge de la réforme pour les établissements de soins de suite et réadaptation, une enveloppe de 5M€ a été prévue au sein de l'ONDAM 2018.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM établissements de santé		-5			

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

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

Sans objet.

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

La mesure implique une adaptation des systèmes d'information de la CNAMTS pour une mise en œuvre du dispositif cible au 1er janvier 2020.

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

Sans impact.

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

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

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 prévoit un ajustement de la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. Cet ajustement doit permettre à la CNAMTS de bénéficier d'un délai supplémentaire jusqu'à 2020 pour adapter ses systèmes d'information.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 actuel	Article L. 162-23-15 L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 modifié
Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.	Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.
Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	
Article 78 actuel	Article 78 modifié
<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er mars 2018 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er mars 2018 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars 2018 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la</p>	<p>III.-Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.</p> <p>A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er mars 2018 janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux d et e du même article, d'autre part.</p> <p>B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er mars 2018 janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.</p> <p>Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er mars 2018 janvier 2020 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de</p>

<p>sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en</p>	<p>convergence des coefficients de transition des établissements de santé.</p> <p>L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.</p> <p>La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.</p> <p>C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.</p> <p>Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2020 2022 selon des modalités calendaires,</p>
--	---

<p>fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.</p> <p>D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.</p> <p>Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>E.-Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :</p> <p>1° Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;</p> <p>2° Du 1er mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi. En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.</p> <p>D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.</p> <p>Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.</p> <p>Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>E.-Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :</p> <p>1° Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;</p> <p>2° Du 1er mars 2017 au 28 février 2018 31 décembre 2019 elles sont financées par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.</p> <p>En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ; minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le niveau des fractions prévues aux a) et b) peut être</p>
--	--

<p>Pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;</p> <p>3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne :</p> <p>a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er mars 2018 ;</p> <p>b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1er janvier 2018 ;</p> <p>4° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :</p> <p>a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;</p> <p>b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;</p> <p>6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :</p> <p>a) Pour la période du 1er janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;</p> <p>b) Pour la période du 1er mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale</p>	<p>différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;</p> <p>3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne :</p> <p>a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er mars 2018 1er janvier 2020 ;</p> <p>b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1er janvier 2018 au plus tard au 1er janvier 2020.</p> <p>4° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :</p> <p>a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;</p> <p>b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>5° Du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :</p> <p>a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er janvier 2017 au 28 février 2017 ;</p> <p>b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1er mars 2017 au 31 décembre 2017 ;</p> <p>6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 décembre 2019, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E.:</p> <p>a) Pour la période du 1er janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;</p> <p>b) Pour la période du 1er mars 2018 au 31 décembre 2018,</p>
---	--

<p>telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.</p> <p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).</p> <p>Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.</p> <p>Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients</p>	<p>des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.</p> <p>F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 28 février 2018 31 décembre 2019, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.</p> <p>Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.</p> <p>Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.</p> <p>L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.</p> <p>Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).</p> <p>Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.</p> <p>L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.</p> <p>Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients</p>
--	--

<p>non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :</p> <p>1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements</p> <p>2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.</p> <p>Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février 2018, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>VI.-Du 1er janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.</p>	<p>non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code.</p> <p>IV.-Du 1er janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :</p> <p>1° La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements</p> <p>2° Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.</p> <p>Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.</p> <p>V.-Du 1er janvier 2016 au 28 février 2018 31 décembre 2019, un montant afférent aux+ dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p> <p>VI.-Du 1er janvier 2017 au 28 février 2018 31 décembre 2019, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.</p>
--	---

Article 49 – Évolution des compétences financières des Agences Régionales de Santé (ARS)

I. Présentation de la mesure

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

1.1. S'agissant de la fongibilité des financements des dispositifs de coordination des parcours

Différents dispositifs d'appui à la coordination territoriale se sont successivement développés depuis 1997 :

- 1997 : les réseaux ;
- 2011 : les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) : guichet intégré et gestionnaires de cas ;
- 2013 : les CTA (coordination territoriale d'appui) du projet PAERPA ;
- 2016 : les PTA (plateformes territoriales d'appui à la coordination).

Ces dispositifs affichent une hétérogénéité en termes de maturité, de populations cibles, de couverture territoriale, de déploiement (national pour les MAIA et PTA, quelques territoires pour les CTA) et au regard de leurs financements.

Ces dispositifs ont un objectif commun qui est de mobiliser, appuyer, coordonner les professionnels disponibles sur un territoire pour une prise en charge individualisée des personnes en situation complexe. La plupart ont aussi pour objectif un appui à la population ; certains ont de plus un objectif d'appui aux pratiques des professionnels de santé (PTA, CTA et MAIA).

Des financements importants sont actuellement mobilisés pour ces différents dispositifs au sein du fonds d'intervention régional (FIR).

A ce jour, les ARS ne peuvent pas redéployer certains crédits FIR fléchés sur des dispositifs d'appui à la coordination spécifiques au bénéfice d'un autre dispositif, ce qui est en contradiction avec l'objectif de convergence de ces dispositifs.

Il apparaît donc nécessaire de retirer les freins à cette fongibilité au sein du FIR et permettre d'accélérer le développement des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé, en faisant converger ces dispositifs.

1.2. S'agissant des règles de gestion du FIR

Les ARS perçoivent actuellement des recettes sur leur budget principal destinées à couvrir les charges liées à une action mise en place par l'ARS et supportée financièrement sur leur budget annexe. Elles ne peuvent pas inscrire ces recettes sur le budget annexe, uniquement dédié à la gestion des crédits FIR délégués par un arrêté national.

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

a) Mesure proposée

S'agissant de la fongibilité des financements des dispositifs de coordination des parcours

Les ARS sont autorisées à utiliser des crédits prévus pour le financement d'un dispositif particulier d'appui à la coordination des parcours pour le financement d'un autre.

Le recensement de ces opérations devra figurer dans les rapports d'activité régionaux annuels du FIR à destination du Parlement.

S'agissant des règles de gestion du FIR

Il convient de permettre aux ARS d'inscrire en recette de leur budget annexe, actuellement dédié uniquement à la gestion des crédits FIR, d'autres sources de financement (fonds assurance maladie, département, etc.) dont l'objet est de financer des actions relevant des missions du fonds.

Cette mesure est complétée d'autres mesures d'assouplissement/toiletage des textes FIR, et notamment :

- la suppression de la possibilité de reverser les crédits non consommés à l'Etat, puisqu'il n'y a plus de contribution Etat au FIR depuis 2017 ;
- la simplification de l'arrêté fixant le niveau de contribution de l'assurance maladie au FIR : cet arrêté reprend strictement le montant voté en LFSS à l'exception près des opérations de fongibilité de l'année précédente, qui ne peuvent être comptabilisées lors du vote de la LFSS. Il est donc proposé, à des fins de simplification

administrative, que l'arrêté soit pris par la direction de la sécurité sociale qui comptabilise les opérations de fongibilité en lien avec le secrétariat général.

b) Autres options possibles

S'agissant de la fongibilité des financements des dispositifs de coordination des parcours

Statu quo avec le maintien des différents dispositifs d'appui à la coordination des parcours.

S'agissant des règles de gestion du FIR

Statu quo, qui consiste à maintenir un arrêté national complexe et la poursuite d'une gestion budgétaire difficilement lisible du budget annexe des ARS.

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

L'inscription en LFSS se justifie en raison de leur impact en dépenses sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 1° et du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. En modifiant les règles selon lesquelles les ARS peuvent gérer leurs financements, et notamment à travers une plus grande fongibilité des dépenses, la mesure constitue un levier d'efficience de la dépense et donc d'économies à long terme.

La mesure proposée permettra, en outre, de fournir au Parlement un recensement exhaustif des opérations de fongibilité des financements et de convergence des dispositifs d'appui à la coordination, dans le cadre du rapport d'activité annuel du FIR remis chaque année avant le 15 octobre au Parlement. A ce jour, seul le bilan de la fongibilité asymétrique est disponible et transmis au Parlement chaque année. Cela permettra d'apporter au Parlement une connaissance plus exhaustive des actions menées par les ARS dans le cadre des missions définies à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les articles L. 1432-5, L. 1435-9 et L. 1435-10 du code de la santé publique sont modifiés. Création d'un article L. 1435-9-1 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
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 fongibilité des crédits portant sur les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe permettra d'en assurer une meilleure consommation par les ARS. En tenant compte notamment des sous-consommations observées sur les exercices précédents, il est estimé un impact financier de cette mesure de 2,4M€ par an dès 2018.

Par ailleurs, dans l'ensemble de ses composantes, la mesure proposée permettra également, ainsi qu'il a été rappelé plus haut, une meilleure efficacité des financements alloués aux ARS et donc des économies structurelles qu'il est difficile de chiffrer.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régimes d'assurance maladie		-2,4	-2,4	-2,4	-2,4

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

Sans objet.

b) impacts sociaux

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

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

Sans impact.

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

Sans impact.

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

Sans impact.

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

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

Sans objet.

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

La mesure est d'application immédiate.

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi sera réalisé dans le cadre habituel de celui de l'exécution de l'ONDAM. De même, le suivi des recettes enregistrées sur les budgets annexe sera réalisé à travers la validation par le niveau national des budgets annexes dans le cadre des campagnes budgétaires annuelles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 1432-5 actuel	Article L. 1432-5 modifié
<p>Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p> <p>Un budget annexe, soumis aux règles prévues au premier alinéa du présent article, est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 qui sont délégués à l'agence.</p>	<p>Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.</p> <p>Un budget annexe, soumis aux règles prévues au premier alinéa du présent article, est établi pour la gestion des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 qui sont délégués à l'agence, ainsi que la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies à cet article.</p>
Article L. 1435-9 actuel	Article L. 1435-9 modifié
<p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° (Abrogé) ;</p> <p>3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p> <p>Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :</p> <p>a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;</p> <p>b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.</p>	<p>Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il peut être révisé en cours d'année pour tenir compte des transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° (Abrogé) ;</p> <p>3° Le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>4° Le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p> <p>Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :</p> <p>a) Les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;</p> <p>b) Les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.</p>
	Article L. 1435-9-1 nouveau

	<p>Par dérogation au b de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus aux articles L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles et 48 de la loi précitée du 17 décembre 2012, peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées.</p>
Article L. 1435-10 actuel	Article L. 1435-10 modifié
<p>Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre du budget annexe mentionné à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.</p> <p>Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'Etat, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p>	<p>Les orientations nationales du fonds sont déterminées par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.</p> <p>Les crédits du fonds, délégués aux agences régionales de santé, sont gérés dans le cadre du budget annexe mentionné à l'article L. 1432-5. Le paiement des dépenses des budgets annexes des agences régionales de santé peut être confié, par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, à un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de l'assurance maladie lorsque les sommes sont directement versées aux professionnels de santé.</p> <p>Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant en raison de ce plafonnement peuvent être reversés à l'Etat, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p> <p>Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent</p>

<p>En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes, dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>	<p>article.</p> <p>En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution des budgets annexes, dans des conditions fixées par décret. Un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale.</p>
--	---

Article 50 – Mesure d’efficacité et d’adaptation de l’offre aux besoins du secteur médico-social

I. Présentation de la mesure

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

La loi du 30 juin 1975 a mis en place un dispositif de régulation au travers d’un agrément obligatoire des accords collectifs de travail dans le secteur social et médico-social privé à but non lucratif.

Cette procédure d’agrément se justifie par l’impact important de toute mesure salariale sur le budget des établissements et par les dotations accordées par les financeurs publics. Elle permet également de vérifier la conformité des accords et conventions au droit du travail.

Actuellement, tous les accords d’entreprise et avenants aux conventions collectives font l’objet d’un agrément instruit par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des solidarités et de la santé. Un certain nombre d’entre eux sont soumis pour avis à la commission nationale d’agrément (CNA). D’autres font l’objet d’une décision implicite d’agrément. La CNA est composée de l’ensemble des représentants des financeurs du secteur (DGCS, direction de la sécurité sociale, direction de la protection judiciaire de la jeunesse, direction du budget, représentants des conseils départementaux, caisses de sécurité sociale).

Ainsi, en 2016, 544 textes ont été instruits pour agrément dont 329 ont été présentés à la CNA. 24 % des accords locaux présentés en CNA ont fait l’objet d’un refus d’agrément, pour absence de respect des dispositions du code du travail ou par l’existence de mesures dont l’application n’est pas soutenable pour le gestionnaire sur le plan financier.

Cette procédure a connu des évolutions, au gré des réformes de tarification et de simplification mises en œuvre.

Des exceptions au principe d’opposabilité des accords agréés aux autorités de tarification ont été introduites pour les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant signé un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) ou une convention tripartite (article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009), sans que la procédure d’agrément n’ait été supprimée.

L’article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a rendu obligatoire, dans un délai maximal de 6 ans, la conclusion d’un CPOM pour les établissements accompagnant ou hébergeant des personnes handicapées.

La conclusion d’un CPOM entraîne une tarification sur la base d’un état prévisionnel de dépenses et de recettes. Cette tarification, calculée sur la base des besoins des personnes prises en charge, et non plus sur l’évaluation des coûts, amoindrit l’utilité de l’agrément des accords locaux, si l’on s’en tient à leur seul examen financier.

Ainsi, la future négociation pluriannuelle dans le cadre de CPOM et le passage d’une tarification aux charges à une tarification en fonction des ressources nécessaires à la prise en charge des besoins, rend moins opérante la notion d’opposabilité des mesures nouvelles générées par les négociations des partenaires sociaux. Il y a donc lieu de faire évoluer la procédure d’agrément.

Par ailleurs, la généralisation des CPOM sur le secteur des personnes en situation de handicap doit faire l’objet de trois mesures de coordination. Il s’agit :

- de prévoir que le CPOM relevant de l’article L. 313-12-2 du code de l’action sociale et des familles (CASF) puisse inclure d’autres catégories d’ESSMS non soumis à une contractualisation obligatoire sur le même modèle que sur le CPOM « EHPAD » du IV *ter* de l’article L. 313-12 ;
- d’ajouter de manière explicite à la liste des établissements et services qui relèvent la contractualisation obligatoire prévue à l’article L. 313-12-2, les établissements d’accueil de jour autonomes pour personnes âgées ;
- de prévoir une modulation du tarif en fonction d’objectif d’activité, pour les ESSMS signataires d’un CPOM du IV *ter* de l’article L.313-12 (autres que les EHPAD, pour lesquels cette modulation est déjà prévue), afin d’harmoniser cette disposition avec celle prévue à l’article L. 313-12-2.

8600 CPOM sont programmés par les ARS sur la période 2016-2021 pour la mise en œuvre des articles L313-12 et L313-12-2 du CASF. 5961 CPOM au titre du IV *ter* du L 313-12 dont 440 CPOM « multi activités » et 2639 CPOM au titre du L 313-12-2. Ces 8600 CPOM encadreront l’activité et le financement de 22 000 établissements et services médico-sociaux.

Enfin, s’agissant du régime de caducité des autorisations mentionné à l’article L.313-1 du code de l’action sociale et des familles, la mesure vise à permettre aux autorités compétentes d’opérer des constats de caducité partielle d’autorisation dans le cas où seule une partie de la capacité de l’établissement ou du service autorisé serait ouverte au public, dans des délais et selon des conditions fixées par décret. Elle a vocation à faciliter la réaffectation de crédits fléchés pour des projets d’ESMS dont une partie n’est pas ouverte au public, au financement de projets nouveaux et pérennes.

Contrairement à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique pour le secteur sanitaire, l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles (modifié par le 2° du I de l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017) ne prévoit pas expressément la caducité partielle des autorisations sociales et médico-sociales.

En effet, en l'état actuel du droit, la caducité ne peut porter que sur l'intégralité des places autorisées par les autorités compétentes : soit la totalité des places autorisées a été ouverte au public dans le délai prescrit et l'autorisation continue alors de poursuivre ses effets juridiques dans son ensemble, à savoir pour la totalité des places autorisées ; soit la totalité des places autorisées n'a pas été ouverte au public pendant ce délai et l'autorisation est alors réputée caduque pour l'ensemble des places autorisées, sans que la loi n'autorise l'application d'un régime de caducité partielle.

Il s'agit donc de compléter le régime de caducité des autorisations en intégrant à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles, une disposition relative à la caducité partielle des autorisations.

L'introduction d'un régime de caducité partielle permettrait de reconnaître la divisibilité et la souplesse propres aux autorisations sociales et médico-sociales, en permettant aux autorités compétentes d'opérer des constats de caducité partielle lorsque la décision d'autorisation regroupe par exemple plusieurs installations distinctes clairement identifiables.

Cette mesure serait par ailleurs cohérente avec la pratique actuelle des autorités compétentes, qui retranscrivent explicitement dans les arrêtés d'autorisation, les places attribuées pour chaque activité ou site, lorsque les établissements ou services exercent des activités distinctes ou une même activité sur des sites distincts. Cette mesure s'avèrerait également pertinente car elle a un impact direct sur la réponse aux besoins identifiés dans les outils de planification.

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

a) Mesure proposée

S'agissant de la suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux ESSMS signataires d'un CPOM (modification de l'article L. 314-6 du CASF)

L'objectif est d'ajouter les CPOM conclus selon l'article L. 312-12-2 ou le IV ter du L. 313-12 dans le premier alinéa de l'article L. 314-6 afin de supprimer l'agrément des conventions et accords locaux pour les établissements et services au fur et à mesure de la conclusion de leur CPOM durant la période – de 6 ans, à compter de 2016, pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 ou 5 ans, à compter de 2017, pour les CPOM relevant du IV ter du L. 313-12 – prévue pour la montée en charge de la contractualisation. Par ailleurs, l'exception au principe de l'opposabilité des conventions collectives de travail dès lors que celles-ci concernent des établissements sous CPOM est étendue. La mesure vise les établissements et services pour personnes handicapées, les SSIAD et les SPASAD car l'opposabilité des accords agréés a déjà été supprimée pour l'ensemble des EHPAD. Le IV ter du L. 313-12 doit également être visé car il peut inclure d'autres ESSMS tarifés par les conseils départementaux et les agences régionales de santé et ne s'adresse donc pas uniquement aux EHPAD.

S'agissant des mesures de coordination du dispositif de contractualisation :

Modifications de l'article L. 313-12-2 du CASF

Il est proposé d'ajouter explicitement à l'article L. 313-12-2 du CASF une mention pour permettre à cette catégorie de CPOM d'être pluri-activités comme le CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV ter) du CASF. Aujourd'hui les établissements et services relevant de la compétence exclusive du conseil départemental n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 313-12-2. Ces établissements et services ne seront pas soumis à une contractualisation obligatoire mais pourront intégrer le CPOM si l'autorité de tarification et le gestionnaire le souhaitent.

De plus, il est proposé que les établissements d'accueil de jour pour personnes âgées soient intégrés à la liste des ESSMS visés par l'article L. 313-12-2 du CASF. Dans les différentes instructions produites dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification et de la contractualisation, parti a été pris de les inclure dans le périmètre de la réforme afin d'éviter que seuls ces ESSMS demeurent exclus du dispositif.

Modifications de l'article L. 313-12 (IV ter) du CASF

L'article L. 313-12-2 du CASF dispose que le CPOM « peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité ». Comme la conclusion d'un CPOM entraîne la mise en place d'une dotation globale qui évolue selon des paramètres pluriannuels arrêté dans le contrat cette disposition permet d'éviter que les établissements et services sous CPOM, notamment ceux qui faisaient auparavant l'objet d'une tarification en prix de journée, ne laissent leur activité se dégrader sans que cela ait d'impact sur leur niveau de financement.

Le IV ter du L. 313-12, qui vise prioritairement les EHPAD, prévoit que « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial »

Le CPOM mentionné au IV ter du L. 313-12 du CASF peut donc inclure, aux côtés des EHPAD, les mêmes catégories d'ESSMS que celles mentionnées à l'article L. 313-12-2 du CASF (notamment des SSIAD ou des ESSMS pour personnes

handicapées). En revanche, il n'a pas été prévu de modulation du tarif de ces ESSMS au regard d'objectifs d'activité prévus dans le contrat. Il y a donc une inégalité de traitement entre les ESSMS qui feraient le choix de relever de l'un ou l'autre de ces deux types de CPOM. Il est donc proposé de rendre possible la modulation du tarif des ESMS rattachés à un CPOM régi par le L. 313-12 (IV ter) dans les mêmes conditions que pour le CPOM relevant du L. 313-12-2 du CASF.

S'agissant du régime de caducité des autorisations sociales et médico-sociales, la mesure implique une modification du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 du CASF relatif à la caducité, pour préciser que toute autorisation serait totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service, n'est pas ouvert au public, dans des conditions fixées par décret.

b) Autres options possibles

Néant

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

L'inscription en LFSS de ces mesures se justifie par leurs effets directs, en dépenses, sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie, en application du 1° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS :

- L'extension de la disposition de non opposabilité des conventions et accords locaux aux SSIAD, aux SPASAD et aux ESMS pour personnes handicapées financés par l'assurance maladie est de nature à limiter l'impact de ces accords sur le budget des établissements (et donc indirectement sur les dotations accordées par les financeurs publics).
- L'extension du périmètre d'application des CPOM et les mesures d'harmonisation des régimes juridiques des CPOM participent à accroître la performance des établissements et services visés.
- Enfin, l'introduction d'un régime de caducité partielle dans le CASF permet de réaffecter les crédits consacrés aux projets des ESMS dont une partie n'a pas été mise en œuvre plusieurs années après la délivrance de l'autorisation, au profit de projets pérennes de création, de transformation ou d'extension.

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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et 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. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-1 et L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'Outre-mer	
<i>Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion</i>	<i>Mesure non applicable</i>
<i>Mayotte</i>	<i>Mesure applicable</i>
<i>Saint-Martin, Saint-Barthélemy</i>	<i>Mesure 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**

Les mesures proposées sont de nature à générer des économies sur l'ONDAM médico-social en facilitant le constat de la caducité de certaines autorisations, en permettant de minorer les dotations des ESSMS sous CPOM en cas de sous-activité et en supprimant l'opposabilité financière des accords agréés tarifateurs des établissements sous CPOM.

En particulier, les nouvelles règles de la caducité partielle devraient permettre aux agences régionales de santé (ARS) de récupérer davantage de crédits que ne permettaient les règles de la caducité totale, en permettant des ouvertures partielles de structures par une approche plus fine des situations. Le montant des crédits récupérés pouvant être réaffectés à d'autres besoins devraient par conséquent être plus élevé.

Une première enquête de la CNSA auprès des ARS en 2017 sur les crédits pouvant être récupérés au titre des règles de la caducité totale évaluait les montants à 2 M€. Les crédits récupérés avec les nouvelles règles de la caducité partielle devraient s'élever au minimum à ce montant.

L'extension du périmètre des CPOM de l'article L.313-12-2 et la possibilité d'introduire une modulation des dotations globales des ESMS en fonction d'objectif d'activité a un impact financier certain. Il est cependant difficile à estimer a priori. Soit les gestionnaires n'arriveront pas à respecter les objectifs d'activités contractualisés dans le CPOM et leur dotation sera diminuée ce qui génère une économie nette, soit le taux d'activité sera atteint et il s'agira d'un gain d'efficacité pour l'ONDAM médico-social sans économie nette sur le niveau de la dépense.

La seconde hypothèse, qui tend à une meilleure exploitation des places disponibles est privilégiée par le gouvernement afin de répondre aux besoins non couverts notamment sur le champ du handicap.

La suppression de l'opposabilité des accords collectifs agréés aux autorités de tarification a un impact financier dans son principe. Il est toutefois difficile à évaluer il dépend de la montée en charge des CPOM et du contenu des accords négociés par les partenaires sociaux des branches et des établissements concernés.

L'objectif de cette mesure est avant tout de mettre en cohérence le dispositif d'agrément et d'opposabilité des accords collectifs agréés avec les nouvelles modalités de pilotage budgétaires des établissements et services médico-sociaux dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen.

En effet, la modification de l'article L.314-6 du CASF tire les conclusions du passage progressif des établissements et services médico-sociaux à une tarification à la ressource au fur et à mesure de la signature des CPOM. La procédure contradictoire de tarification sur une proposition de charges sera donc progressivement abandonnée au profit d'une détermination de règles d'évolution pluriannuelle des ressources.

Dans ce cadre le principe de l'opposabilité des conventions collectives agréées, déjà abandonnée depuis 2009 pour les EHPAD, n'est plus nécessaire, voire peut entrer en contradiction avec la trajectoire pluriannuelle d'évolution des financements négociée dans le cadre du CPOM.

Enfin, la suppression de l'agrément des accords d'entreprises applicables aux salariés des ESMS couverts par UNUn CPOM redonne une plus grande liberté de négociation aux partenaires sociaux des ESMS puisque l'entrée en vigueur des accords qu'ils concluent ne seront plus soumis à un contrôle administratif. Cette plus grande liberté est également le corollaire logique de la mise en place des CPOM qui donnent une plus grande visibilité financière aux gestionnaires des établissements et services.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM médico-social		+2	+2	+2	+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

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

Sans objet.

- *impact sur les jeunes*

Sans objet.

- *impact sur les personnes en situation de handicap*

La mesure permet d'accroître l'efficacité des établissements et services pour personnes handicapées en améliorant le taux d'occupation des places installées (optimisation de l'utilisation du parc existant) ou déclarant caduques des autorisations non utilisées qui pourront être redéployées vers d'autres projets.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

Simplification pour les établissements et les partenaires sociaux concernés : allègement des démarches à effectuer pour obtenir l'agrément de l'accord, avec un gain de temps et une charge de travail révisée à la baisse.

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

Allègement de la procédure pour l'administration qui verra le volume d'accords de travail à agréer diminuer.

La modification du régime de caducité partielle permet plus de souplesse pour les autorités chargées de délivrer l'autorisation, qui pourront opérer des constats de caducité partielle lorsque la décision d'autorisation regroupe en fait plusieurs installations distinctes clairement identifiables. Cette mesure a en outre un impact direct sur la réponse aux besoins identifiés dans les outils de planification.

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.

Concertation à prévoir avec les partenaires sociaux pour la mesure relative à l'agrément des accords collectifs de travail.

Concertation à prévoir sur le décret d'application de la mesure modifiant le régime de caducité des autorisations sociales et médico-sociales.

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

Immédiate dès entrée en œuvre de l'application.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de l'action sociale et des familles	
Article L.313-1 actuel	Article L.313-1 modifié
<p>Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 312-8.</p> <p>Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai.</p> <p>Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.</p> <p>Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.</p>	<p>Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 312-8.</p> <p>Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret.</p> <p>Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret.</p> <p>Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai.</p> <p>Lorsque l'autorisation est accordée à une personne physique ou morale de droit privé, elle ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente concernée. Cette autorité assure la publicité de cette décision dans la forme qui lui est applicable pour la publication des actes et décisions à caractère administratif.</p> <p>Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables aux couples ou aux personnes qui accueillent habituellement de manière temporaire ou permanente, à temps complet ou partiel, à leur domicile, à titre onéreux, plus de trois personnes âgées ou handicapées adultes.</p>
Article L. 313-12 (IV ter A) actuel	Article L. 313-12 (IV ter A) modifié
<p>IV ter. - A. - La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.</p> <p>Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.</p> <p>Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services</p>	<p>IV ter.-A.-La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.</p> <p>Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.</p> <p>Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services</p>

<p>mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.</p> <p>Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>B. - Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.</p> <p>Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.</p> <p>Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.</p> <p>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.</p> <p>C. - La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au deuxième alinéa du B, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.</p> <p>B.-Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.</p> <p>Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.</p> <p>Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.</p> <p>Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.</p> <p>Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.</p> <p>C.-La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p>Article L. 313-12-2 actuel</p>	<p>Article L. 313-12-2 modifié</p>
<p>Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre</p>	<p>Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, ainsi que les établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. A l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, il peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil</p>

<p>lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.</p> <p>A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.</p> <p>Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<p>départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.</p> <p>A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.</p> <p>Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>
<p>Article L314-6 actuel</p>	<p>Article L314-6 modifié</p>
<p>I.- Les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis d'une commission où sont représentés des élus locaux et dans des conditions fixées par voie réglementaire. Ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification, à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12.</p> <p>Les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale établissent annuellement, avant le 1er mars de l'année en cours, un rapport relatif aux agréments des conventions et accords mentionnés à l'alinéa précédent, pour l'année écoulée, et aux orientations en matière d'agrément des accords pour l'année en cours. Ils fixent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les paramètres d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours, liés notamment à la diversité des financeurs et aux modalités de prise en charge des personnes, qui sont opposables aux parties négociant les conventions susmentionnées.</p> <p>Ce rapport est transmis au Parlement, au comité des finances locales et aux partenaires sociaux concernés selon</p>	<p>I.- Les conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif dont les dépenses de fonctionnement sont, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, supportées, en tout ou partie, directement ou indirectement, soit par des personnes morales de droit public, soit par des organismes de sécurité sociale, ne prennent effet qu'après agrément donné par le ministre compétent après avis d'une commission où sont représentés des élus locaux et dans des conditions fixées par voie réglementaire, à l'exception des conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel d'établissements et services ayant conclu l'un des contrats mentionnés au IV ter de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2. Ces conventions ou accords Les conventions ou accords agréés s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification, à l'exception des conventions collectives de travail applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 et services ayant conclu un contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2.</p> <p>Les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale établissent annuellement, avant le 1er mars de l'année en cours, un rapport relatif aux agréments des conventions et accords mentionnés à l'alinéa précédent, pour l'année écoulée, et aux orientations en matière d'agrément des accords pour l'année en cours. Ils fixent,</p>

<p>des modalités fixées par décret.</p>	<p>dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les paramètres d'évolution de la masse salariale pour l'année en cours, liés notamment à la diversité des financeurs et aux modalités de prise en charge des personnes, qui sont opposables aux parties négociant les conventions susmentionnées.</p> <p>Ce rapport est transmis au Parlement, au comité des finances locales et aux partenaires sociaux concernés selon des modalités fixées par décret.</p>
---	---

Article 51 – Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS)

I. Présentation de la mesure

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

L'ANESM, constituée en groupement d'intérêt public (GIP) et créée par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007, a été prorogée pour une durée d'un an à compter du 21 avril 2017, dans l'attente des résultats de l'évaluation de politique publique (EPP) conduite par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relative au dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Même si cette mission n'a pas traité le sujet du devenir de l'ANESM, il apparaît que cette agence n'a pas atteint la taille critique pour exercer ses missions et que sa gouvernance est complexe. Il est par conséquent nécessaire d'intégrer cette agence au sein d'une structure qui puisse assumer ses missions.

Ces évolutions nécessiteront de modifier les dispositions de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2006-1640 du 31 décembre 2006 codifiées à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

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

a) Mesure proposée

Dans un objectif de recherche d'efficacité et de rationalisation dans le pilotage des politiques publiques, il est proposé d'intégrer les missions de cette agence au sein de la HAS ; des rapprochements étaient déjà intervenus dès 2015 entre les deux entités avec la mutualisation de certaines fonctions support (comptabilité et achat, par exemple).

b) Autres options possibles

Le statu quo n'est pas envisageable, le GIP ANESM expirant au 20 avril 2018.

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

La mesure crée une nouvelle dépense à la charge de l'assurance maladie, s'agissant des dépenses au titre de l'ANESM antérieurement à la charge de la CNSA. A ce titre, elle a sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre 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 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 de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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 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. 161-37 et L. 161-41 du code de la sécurité sociale et les articles L. 14-10-5 et L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles sont modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Sans objet.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure se traduit par une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.

Organismes impactés (régime, branche, fonds) Impact sur l'ONDAM	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
ONDAM, 6ème sous-objectif		- 2,1	- 2,5	- 2,5	- 2,5

Dans une logique de simplification des circuits de financement, la totalité du financement de la HAS sera assurée par une dotation unique de l'assurance maladie pour l'ensemble des missions des secteurs sanitaire, social et médico-social de la HAS, ce qui implique de supprimer les versements annuels de l'Etat et de la CNSA à l'ANESM et de prévoir un transfert de recettes Etat/CNSA-Sécurité sociale.

Toutes administrations publiques confondues, la fusion des deux structures doit permettre de réaliser des économies d'échelle et de réduire le montant des financements transférés qui viendront, dès 2018, en déduction du financement de l'actuelle dotation de fonctionnement notifié par l'Assurance maladie à la HAS. Le transfert de la dotation Etat sera de 0,9 M€ (contre une dotation s'élevant à 1,2 M€ en 2016) et le transfert de la dotation CNSA sera de 1,6 M€.

Le 6ème sous-objectif de l'ONDAM percevra donc en 2018 un montant supplémentaire correspondant au transfert de la dotation de la CNSA à l'ANESM et du versement annuel de l'Etat : 0,9 M€ au titre du financement Etat et 1,2 M€ correspondant au financement CNSA (0,4 M€ supplémentaires en 2019 correspondant à l'effet année pleine).

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 14-10-5 actuel	Article L. 14-10-5 modifié
<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p>	<p>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>a) En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>a) En ressources, 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ;</p> <p>2° En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1°, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.</p> <p>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.</p> <p>III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.</p> <p>La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.</p> <p>II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>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 ;</p> <p>b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ;</p> <p>2° En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1°, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.</p> <p>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.</p> <p>III. - Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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</p>
---	--

<p>ministres chargés du budget et des affaires sociales.</p> <p>Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des</p>	<p>ministres chargés du budget et des affaires sociales.</p> <p>Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <p>1° En ressources :</p> <p>a) Une fraction comprise entre 4 % et 10 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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 ;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>V.-Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des</p>
---	---

<p>personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :</p> <p>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 28 % 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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 ;</p> <p>b bis) Abrogé.</p> <p>V bis. Abrogé.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p>	<p>personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, et les frais d'études et d'expertise dans les domaines d'action de la caisse :</p> <p>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 28 % 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 ;</p> <p>a bis) Abrogé ;</p> <p>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 ;</p> <p>b bis) Abrogé.</p> <p>V bis. Abrogé.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>VII.-Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :</p> <p>a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;</p> <p>b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a de l'article L. 14-10-9.</p>
<p>Article L. 312-8 actuel</p>	<p>Article L. 312-8 modifié</p>
<p>Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence</p>	<p>Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par <i>l'Agence</i></p>

nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret.

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation.

Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1er janvier 2011.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :

~~nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux~~ **la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.** Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret.

Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par ~~l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux~~ **la Haute Autorité de santé.** Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation.

Un organisme ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par ~~l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux~~ **la Haute Autorité de santé.**

En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

~~La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1er janvier 2011.~~

~~L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions~~

<p>a) Des subventions de l'Etat ;</p> <p>b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent 1° ;</p> <p>2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence ;</p> <p>3° Le directeur de l'agence est nommé par décret.</p> <p>Les organismes et les personnes légalement établis dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité d'évaluation de même nature que celle mentionnée au troisième alinéa peuvent l'exercer de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire national, sous réserve du respect du cahier des charges mentionné au troisième alinéa et de la déclaration préalable de leur activité à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette déclaration entraîne l'inscription sur la liste établie par l'agence. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa.</p>	<p><i>suivantes :</i></p> <p>1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :</p> <p>a) Des subventions de l'Etat ;</p> <p>b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent 1° ;</p> <p>2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence ;</p> <p>3° Le directeur de l'agence est nommé par décret.</p> <p>Les organismes et les personnes légalement établis dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité d'évaluation de même nature que celle mentionnée au troisième alinéa peuvent l'exercer de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire national, sous réserve du respect du cahier des charges mentionné au troisième alinéa et de la déclaration préalable de leur activité à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux la Haute Autorité de santé. Cette déclaration entraîne l'inscription sur la liste établie par l'agence la Haute Autorité de santé. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa.</p> <p>Une commission de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa.</p>
<p align="center">Article L. 313-12-2 actuel</p>	<p align="center">Article L. 313-12-2 modifié</p>
<p>Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le</p>	<p>Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le</p>

<p>contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.</p> <p>A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.</p> <p>Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.</p>	<p>contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.</p> <p>A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.</p> <p>Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux la Haute Autorité de santé.</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	
<p>Article L. 161-37 actuel</p>	<p>Article L. 161-37 modifié</p>
<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide</p>	<p>La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :</p> <p>1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;</p> <p>1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;</p> <p>2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide</p>

<p>également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en oeuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence</p>	<p>également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;</p> <p>3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;</p> <p>4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;</p> <p>5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;</p> <p>6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;</p> <p>7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;</p> <p>8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;</p> <p>9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;</p> <p>10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article ;</p> <p>11° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en oeuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article ;</p> <p>12° Participer à l'élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d'urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d'études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l'absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d'études médico-économiques.</p> <p>14° Mettre en oeuvre les missions qui lui sont dévolues à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation,</p>
---	---

<p>en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p>	<p>de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.</p> <p>Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.</p> <p>La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.</p> <p>Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p> <p>Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d'évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.</p> <p>La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet qui rend compte de la réalisation du programme de travail et des travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que des actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</p> <p>Pour les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code, sont précisées les modalités et les principes selon lesquels sont mis en œuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Pour les autres commissions spécialisées sont précisés dans ce rapport annuel les critères d'évaluation et les mesures d'impact des dispositifs contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'à l'information des publics.</p> <p>Le rapport annuel comporte également une analyse prospective du système de santé comportant des propositions d'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience.</p>
<p align="center">Article L. 161-41 actuel</p>	<p align="center">Article L. 161-41 modifié</p>

<p>La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.</p> <p>Le président de la Haute Autorité de santé nomme les présidents des commissions spécialisées. Il met fin à leurs fonctions après avis du collège.</p> <p>Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Un décret en Conseil d'Etat définit leur dénomination, leur composition et les règles de leur fonctionnement. Les attributions de la commission mentionnée à l'article L. 161-37 peuvent être exercées par le collège à l'exception de celles relatives à l'évaluation des produits de santé.</p> <p>La Haute Autorité peut créer d'autres commissions spécialisées. Elle en fixe alors la composition et les règles de fonctionnement. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège.</p> <p>Sur décision du président de la Haute Autorité, deux commissions spécialisées réunies sous sa présidence peuvent rendre conjointement toute délibération relative à l'évaluation des produits de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.</p> <p>Le président de la Haute Autorité de santé nomme les présidents des commissions spécialisées. Il met fin à leurs fonctions après avis du collège.</p> <p>Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Un décret en Conseil d'Etat définit leur dénomination, leur composition et les règles de leur fonctionnement. Les attributions de la commission mentionnée à l'article L. 161-37 peuvent être exercées par le collège à l'exception de celles relatives à l'évaluation des produits de santé.</p> <p>La Haute Autorité peut créer d'autres commissions spécialisées. Elle en fixe alors la composition et les règles de fonctionnement. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège.</p> <p>Sur décision du président de la Haute Autorité, deux commissions spécialisées réunies sous sa présidence peuvent rendre conjointement toute délibération relative à l'évaluation des produits de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.</p>
---	--

VI.

Article 52 - Fixation du montant de la participation au titre de l'exercice 2018 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP et de l'ONIAM ; contribution de la CNSA au financement des ARS et des opérateurs

I. Présentation de la mesure

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

a) S'agissant de la dotation FMESPP

Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et les modalités de sa gestion, assurée par la Caisse des dépôts et consignations, ont été définies par le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001.

En application de l'article 40 de la LFSS pour 2001, « les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ».

Depuis la création en 2012 du fonds d'intervention régional (FIR), qui a entraîné le transfert du financement d'un ensemble de dispositifs d'accompagnement des personnels des établissements de santé concernés par des opérations de restructuration, le FMESPP s'est recentré sur le financement de dépenses d'investissement des établissements de santé. Ces financements recouvrent principalement des opérations d'investissements immobiliers, essentiellement dans le cadre du Comité interministériel de performance et de la modernisation (COPERMO), et matériels, tels que le développement et la modernisation des systèmes d'information (programme Hôpital numérique par exemple).

Le FMESPP peut également financer les missions d'expertise et d'ampleur nationale menées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et par le groupement d'intérêt public chargé du développement de systèmes d'information de santé partagés (ASIP) au bénéfice des établissements de santé.

Pour mémoire, la LFSS pour 2017 a fixé le montant de la dotation FMESPP 2016 à 44,4 M€.

Ce montant a toutefois été revu dans la partie rectificative de la présente loi pour tenir compte notamment de la minoration de la contribution d'autres fonds à son financement. Le montant du FMESPP 2017 a été fixé *in fine* à 59,4 M€.

b) S'agissant de l'ONIAM

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV).

c) S'agissant de la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé à 129,6 M€ le montant de cette contribution pour l'exercice en cours.

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

a) Mesure proposée en ce qui concerne le FMESPP

L'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP conduit à fixer le montant de la dotation assurance maladie pour l'année 2018 à hauteur de 448,7 M€.

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2018 à hauteur de 448,7 M€. Cette dotation va permettre d'accompagner des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé.

Il s'agit en particulier de financer les projets d'investissement immobiliers validés dans le cadre du Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) sous forme d'aides en capital,

afin de limiter le recours à l'emprunt pour les établissements de santé ; mais également de poursuivre la modernisation des systèmes d'information en santé à travers le lancement d'un nouveau plan d'investissement numérique pour les établissements de santé et la montée en charge du projet de modernisation des systèmes d'information des SAMU. Cette dotation permettra également d'assurer le financement des plateformes de séquençage génomique sélectionnées par l'appel à projets France Médecine Génomique et d'accompagner les mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

b) Mesure proposée en ce qui concerne l'ONIAM

Les dépenses pour 2018 afférentes aux missions relevant du périmètre de l'assurance maladie sont estimées à 136,82 M€ dont :

- 114,1 M€ au titre des indemnités (dont dotations aux provisions);
- 7,9 M€ de dépenses de personnel ;
- 4,3 M€ de dépenses de fonctionnement ;
- 10,5 M€ de frais d'avocats et d'expertises.

Il est proposé une dotation d'Assurance Maladie pour 2018 de 105 M€. Les autres produits de l'office (hors dotation de l'Etat) sont estimés pour 2018 à 29,3 M€ (14 M€ au titre des reprises sur provisions et 15,3 M€ au titre des ressources propres). Au sein du fonds de roulement à la clôture de l'exercice 2018, les réserves prudentielles s'élèveraient à 36,9 M€, soit un niveau supérieur à deux mois d'indemnisation.

c) Mesure proposée en ce qui concerne la CNSA

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique dispose que les contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, financées sur la recette de CSA affectée à la section 1 du budget de la caisse, sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La présente mesure fixe enfin à 131,7 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2018, montant qui se décline comme suit :

- 35,8 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan Santé mentale en direction des personnes handicapées dont un relèvement de 2,7 M€ correspondant à la création de 35 nouveaux GEM ;
- 95,9 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), permettant le financement des 352 MAIA existantes ainsi que l'actualisation de leur dotation (taux de 1,3%).

d) Autres options possibles

Le statu quo ne serait pas de nature à répondre aux problématiques évoquées ci-dessus.

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

Ces mesures visent à fixer le montant de dépenses à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ou d'un organisme qui finance et gère des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Elles trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale, en application du 1° du C du V et du D du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	mesure directement applicable
Mayotte	mesure directement applicable
Collectivités d'Outre mer	
Saint Martin et Saint 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 -)				
	2017 (rectificatif)	2018 P ou R	2019	2020	2021
CNAMTS		- 553,7 M€			
CNSA		- 131,7M€			
FMESPP		448,7 M€			
ONIAM		105 M€			
ARS		131,7 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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Sans objet

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

La mesure est gérée avec les moyens existants.

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

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

Le financement des GEM et des MAIA, dont le montant est fixé par la présente mesure, nécessitera :

- la publication d'une décision du directeur de la CNSA : afin de déterminer la répartition des crédits entre les agences régionales de santé, conformément à ce que prévoient les alinéas 1 b et 2 b du I de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles,
- la publication d'un arrêté fixant pour l'année 2018 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté précise la répartition de l'ensemble des ressources du fonds par ARS, comprenant à la fois les crédits issus de l'ONDAM FIR, les crédits Etat dédiés au FIR et les crédits notifiés par la CNSA au titre des GEM et des MAIA.

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Le FMESPP fait l'objet d'un suivi budgétaire et comptable par la Direction générale de l'offre de soins et la Caisse des dépôts et consignations. Cette dernière établit un rapport annuel de son activité à ce sujet. Par ailleurs, la commission de surveillance, prévue par la LFSS de 2001 (article 40), est chargée du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

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

La mesure relative à la contribution de la CNSA est suivie dans le cadre du programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS. Par ailleurs, les ARS fourniront toutes les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées ou handicapées.

I. Présentation de la mesure

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

L’essentiel des organismes chargés de la gestion d’un régime de retraite est aujourd’hui lié à l’État par un contrat, intitulé « convention d’objectifs et de gestion ». Ces contrats déterminent, sur une base pluriannuelle, des objectifs, ainsi que les moyens alloués aux caisses pour réaliser leurs missions. Ils permettent aux acteurs de la sécurité sociale de bénéficier d’une feuille de route pluriannuelle et comportent des indicateurs permettant de suivre régulièrement le degré de réalisation des objectifs fixés par la convention. Cette démarche de contractualisation a récemment été élargie à la caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites. En application des dispositions organiques (cf. article LO 111-4 du code de la sécurité sociale), il est rendu compte au Parlement de ces conventions dans le cadre de l’annexe 2 aux projets de lois de financement de la sécurité sociale.

La caisse nationale des barreaux français (CNBF), qui assure la gestion des régimes de retraite et invalidité-décès des avocats ne bénéficie, aujourd’hui, pas d’un tel cadre contractuel. Ce contexte ne favorise pas l’élaboration d’une feuille de route partagée permettant la détermination conjointe des objectifs de la caisse ni l’inscription de celle-ci dans le cadre de la démarche d’efficience partagée par l’ensemble des organismes chargés de la gestion d’un régime de sécurité sociale. La CNBF est favorable à l’élaboration d’un cadre contractuel avec l’État.

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

a) Mesure proposée

À l’instar des autres organismes gérant des régimes de retraite concernés, il est proposé de prévoir, dans la partie législative du code de la sécurité sociale, le principe d’une contractualisation entre l’État et la Caisse nationale des barreaux français. Cette mesure conduira ainsi à placer la CNBF dans un cadre similaire à celui des autres organismes gérant la retraite de base des travailleurs non salariés et donc à bénéficier d’un cadre de gestion pluriannuel permettant notamment le renforcement de l’efficience de sa gestion.

b) Autres options possibles

Le statu quo ne permettrait pas un même renforcement du cadre stratégique de la CNBF.

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

La mesure prend place dans la loi de financement au titre de son impact sur l’équilibre financier des régimes de sécurité sociale, en application des dispositions du 3° du C du V de l’article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l’UNCAM et le conseil d’administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. Il en est de même sur cet article en ce qui concerne la CNBF.

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

Cet article crée un nouvel article L. 723-2-1 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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure non applicable
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 budget de gestion administrative de la caisse s'élève à 9 M€. Dans l'hypothèse de l'application à la CNBF dès le premier contrat signé avec l'État du cadrage de référence commun aux organismes de sécurité sociale, (réduction de 15% sur la durée de la COG des dépenses de fonctionnement hors masse salariale et baisse annuelle des effectifs de 2,5%), la mesure générerait une économie annuelle de l'ordre de 0,4 M€.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
CNBF		+0,4	+0,4	+0,4	+0,4

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

Sans objet.

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

Sans objet.

- **impact sur les jeunes**

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

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

La mesure permet une amélioration du service rendu aux affiliés, ainsi que son évaluation via la mise en place d'indicateurs de pilotage. Les objectifs qui pourraient être prioritairement poursuivis à ce titre concernent notamment le processus de liquidation des pensions : les délais pourraient être réduits et contrôlés par le conseil d'administration, l'information des affiliés en amont de leur départ en retraite pourrait être renforcée pour limiter les anomalies lors des liquidations. Plus généralement, la COG pourrait également être l'occasion d'améliorer l'information et la communication auprès des affiliés sur leurs droits, en particulier par le biais de la dématérialisation de leur diffusion.

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

La mesure permet une meilleure visibilité des échéances (notamment en termes d'investissements liés au système d'information) auxquelles sera confrontée la CNBF à moyen terme. Concernant la tutelle, la mesure permet une meilleure prévisibilité des projets et des coûts associés.

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

Cette mesure contribue à la maîtrise des dépenses de gestion administrative.

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 première convention pourrait porter sur l'année 2018 et les suivantes.

c) Modalités d'information des assurés

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La convention sera conclue sur une base pluriannuelle et comprendra des indicateurs (de résultat et de suivi). Son évaluation sera réalisée préalablement à son renouvellement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
	Article L. 723-2-1 nouveau
	<p>I. – L'État conclut, pour une période minimale de quatre ans, avec la Caisse nationale des barreaux français, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.</p> <p>II. – Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.</p> <p>Elle précise notamment :</p> <p>1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;</p> <p>2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;</p> <p>3° Les objectifs de l'action sociale ;</p> <p>4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale.</p> <p>Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.</p> <p>Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.</p>

I. Présentation de la mesure

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

a) Sur le quantum des pénalités financières prononcées par les organismes d'assurance maladie

En 2016, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant total de fraudes et activités fautives de 244 M€, soit une augmentation de plus de 5 % par rapport à 2015 (231,5 M€).

Dans son bilan, la CNAMTS précise que le recours aux pénalités financières est privilégié dans la majorité des cas. Plus de 3 200 pénalités financières (contre 2 500 en 2015) ont été prononcées par les directeurs des CPAM au titre de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale (CSS), pour un montant global de l'ordre de 7 M€ (5,2 M€ en 2015).

La souplesse de ce dispositif à la main des directeurs de caisses permet notamment de contourner la lenteur des procédures pénales et de disposer d'une sanction rapide, lisible et directement opposable aux assurés.

Toutefois, alors que la détection des fraudes et activités fautives par les caisses d'assurance maladie croît depuis 2009 (plus de 60 %), on peut s'interroger sur le caractère dissuasif des sanctions prononcées.

En effet, l'article L. 114-17-1 du CSS prévoit que le montant de la pénalité financière est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans les trois ans.

b) Sur la possibilité pour les différentes branches de recourir à des avertissements

La CNAMTS indique dans son bilan 2016 de lutte contre la fraude, que les caisses d'assurance maladie ont adressé plus de 2 600 avertissements relevant de l'article L. 114-17-1 du CSS, dont près de la moitié à des assurés.

La possibilité de prononcer des avertissements au lieu d'appliquer directement des pénalités financières permet une meilleure gradation des sanctions et une action plus efficace de lutte contre les différents manquements à la législation de la sécurité sociale.

Elle permet, en outre, de tenir compte de la situation financière de certains assurés tout en conservant un effet dissuasif notamment en cas de répétition ultérieure des manquements. En effet, en cas de réitération d'un comportement frauduleux dans les trois ans, le prononcé d'un avertissement permet de doubler le montant des pénalités financières dans la mesure où il constitue une première sanction (cf. III de l'article R. 147-5 du CSS).

La possibilité de prononcer des avertissements n'existe cependant aujourd'hui qu'à un certain moment de la procédure et seulement pour certaines fraudes, commises uniquement au détriment de l'assurance maladie.

En effet, dans sa rédaction actuelle, l'article L. 114-17-1 du CSS permet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie de notifier un avertissement à l'intéressé, à l'expiration du délai fixé à ce dernier pour présenter ses observations sur les faits qui lui sont reprochés. En revanche, si le directeur de l'organisme choisit de saisir la commission des pénalités financières il ne peut, à réception de son avis, que décider de ne pas poursuivre la procédure ou notifier à l'intéressé une pénalité financière. Le prononcé d'un avertissement n'est plus possible à ce stade de la procédure.

Par ailleurs, les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, la protection complémentaire en matière de santé (CMU-c) ou l'admission à l'aide médicale de l'Etat (AME) sont exclus par le texte en vigueur (cf. 2^o du IV de l'article L. 114-17-1) de la possibilité conférée au directeur de l'organisme local d'assurance maladie de prononcer un avertissement à l'encontre de l'intéressé.

Enfin, le prononcé d'un avertissement n'existe aujourd'hui que dans le dispositif de sanctions prévu pour la branche maladie. L'article L. 114-17 du CSS ne prévoit pas la possibilité de notifier un avertissement pour les directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse.

c) Sur les interdictions de remise de dettes prévue pour les prestations de la branche famille en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations

En application de l'article L. 553-2 du CSS, la créance d'un organisme de la branche famille « peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. »

En branche maladie, il n'existe pas de disposition interdisant ces remises de dettes, ce qui a pu conduire des caisses à accepter des remises de dettes partielles ou totales.

d) Sur les possibilités ouvertes aux juridictions ordinales pour condamner un praticien à reverser aux organismes de sécurité sociale le trop-remboursé en cas d'abus d'actes

En cas d'inobservation des règles définies dans le code de la sécurité sociale lors des contrôles réalisés par les organismes d'assurance maladie, ces derniers disposent de différents leviers pour sanctionner les comportements abusifs, fautifs ou frauduleux des professionnels de santé : le prononcé de pénalités financières, la saisine ordinale, le dépôt de plainte ou la saisine conventionnelle. Le choix de l'une de ces sanctions varie en fonction de la gravité de la fraude constatée.

La pratique des organismes d'assurance maladie révèle que les sanctions ordinales sont particulièrement dissuasives et permettent d'infléchir les comportements abusifs ou frauduleux constatés. En 2015, 87 % des décisions prononcées par les Ordres consistaient en des interdictions de donner des soins aux assurés avec une durée d'interdiction le plus souvent comprise entre un et six mois.

Les abus d'actes sont des actes réalisés en méconnaissance des règles fixant les modalités de prise en charge ou de remboursement par l'assurance maladie (article L. 162-1-7 du CSS). Il peut, par exemple, s'agir du non-respect de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation, telles qu'un nombre maximum d'actes à réaliser dans le cadre d'un même traitement¹.

Or, en cas de constat d'abus d'actes, lorsque les organismes d'assurance maladie choisissent de saisir les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, ils ne peuvent obtenir le reversement du trop-remboursé, alors même que les caisses disposent de cette faculté lorsqu'elles privilégient le recours aux pénalités financières. Cette sanction n'est susceptible d'être prononcée par les juridictions ordinales qu'en cas d'abus d'honoraires (conformément au 4° de l'article L. 145-2 du CSS)².

e) Sur les refus de déférer à une demande d'information résultant de la mise en œuvre du droit de communication non nominatif visant des personnes non identifiées

En application de l'article L.114-19 du CSS dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2016, les inspecteurs du recouvrement disposent d'un droit de communication qui leur permet d'obtenir, sans que puisse leur être opposé le secret professionnel, les documents et informations nécessaires pour accomplir leur mission de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé. Ce droit de communication peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans les conditions fixées par le décret n° 2017-859 du 9 mai 2017 relatif aux conditions d'exercice du droit de communication mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 114-19 du CSS en Conseil d'Etat pris après l'avis de la CNIL du 9 mai 2017.

Le refus de déférer à une demande relevant de cet article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 €.

Or, cette sanction ne peut en pratique être appliquée par les URSSAF en matière de droit de communication visant des personnes non identifiées.

En effet, l'objet même de la demande est d'obtenir une liste ou des éléments permettant d'identifier des personnes qui seraient susceptibles de faire l'objet d'un contrôle. A défaut de cette communication, il n'est donc pas possible de déterminer une amende proportionnelle à un nombre de cotisant, assuré ou allocataire.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé de :

Relever le quantum actuel des pénalités financières fixé à l'article L. 114-17-1 du CSS et par conséquent :

- porter à une limite de quatre fois (au lieu de deux fois actuellement) le plafond mensuel de la sécurité sociale le montant des pénalités fixées forfaitairement ;
- relever la limite du montant de la pénalité à 70 % des sommes indues (au lieu de 50 % actuellement) ;

¹ A titre d'exemple, le cas d'un médecin ayant réalisé 965 actes au-delà du maximum de 6 actes indiqués pour un même patient dans la CCAM (Conseil d'Etat, 4ème et 5ème sous-sections réunies, 18 mars 2015, n° 373406).

² Le Conseil d'Etat (CE, 4ème et 5ème sous-sections réunies, 18 mars 2015, n° 373406) définit les abus d'honoraires au sens des actuelles dispositions de l'article L. 145-2 du CSS comme étant les actes fictifs, les actes surcotés, les actes réalisés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins ou les actes établis sans tact ni mesure. Bien que susceptibles de constituer un abus dans l'exercice de la profession au sens des dispositions de l'article L. 145-1 du CSS, les abus d'actes n'entrent donc pas dans la définition des abus d'honoraires et les honoraires perçus à l'occasion de la facturation abusive d'actes à l'assurance maladie échappent au dispositif des sanctions susceptibles d'être prononcées par les ordres professionnels.

- prévoir qu'en cas de fraude, le montant de la pénalité ne pourra être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant sera fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- permettre aux directeurs des organismes locaux d'assurance maladie de prononcer des avertissements à réception de l'avis de la commission des pénalités financières ;
- permettre le prononcé d'avertissements en matière de CMU-c ou d'AME.

Ajouter l'avertissement aux sanctions prévues à l'article L. 114-17 du CSS pour les branches famille et vieillesse.

Intégrer l'interdiction de remise de dette en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations aux dispositions prévues à l'article L. 256-4 du CSS pour la branche maladie.

Amender l'article L. 145-2 du CSS afin de permettre aux sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes de condamner un praticien au reversement des sommes indûment perçues aux organismes de sécurité sociale dans le cas d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 du CSS pour leur prise en charge ou leur remboursement par l'assurance maladie.

Créer, dans le cas spécifique du droit de communication visant des personnes non identifiées, une sanction en cas de refus de transmettre les documents demandés par l'agent de contrôle.

Le dispositif du droit de communication non nominatif, créé par la LFSS pour 2008 et dont le quantum de la sanction a été modifié par la LFSS pour 2016, s'inspire du dispositif prévu à l'article 1734 du code général des impôts.

Dans la continuité, il est ici proposé de reprendre la sanction forfaitaire de 5 000 € prévue au premier alinéa de l'article 1734 du code général des impôts. Cette sanction, de nature forfaitaire, serait applicable quel que soit le nombre de personnes concernées, ce nombre ne pouvant être connu à l'avance. Il convient de distinguer cette procédure de l'obstacle à contrôle qui peut être mis en œuvre lors des contrôles (article L. 243-12-1 du CSS) à l'encontre de la personne contrôlée.

Il est également proposé de retenir, comme en matière fiscale, l'application systématique de cette sanction pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités ne sont pas communiqués.

b) Autres options possibles

Les mesures proposées, qui s'inscrivent dans un cadre de sanction graduelles, paraît au Gouvernement comme fixant un dispositif efficace et équilibré.

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

La lutte contre la fraude aux prestations et prélèvements sociaux et contre le travail dissimulé participe à l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Les mesures correspondantes trouvent leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions des 1° 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 CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions législatives et réglementaires prévoyant une telle saisine.

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 et d'une manière générale, la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 114-17, L. 114-17-1, L. 114-19, L. 145-2 et L. 256-4 du code de la sécurité sociale.

- **Abrogation de dispositions obsolètes**

Sans objet

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Mesure directement applicable
Mayotte	Mesure applicable
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'effet global de la mesure envisagée est estimé à 10 millions d'euros en 2018.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	2017 (si rectificatif)	2018	2019	2020	2021
Régime général		+10	+15	+20	+25

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

a) impacts économiques

D'une manière générale, la lutte contre la fraude favorise un fonctionnement plus efficace de l'économie en évitant des distorsions entre acteurs selon qu'ils respectent ou non la législation

b) impacts sociaux

La lutte contre la fraude participe aussi de la préservation de notre modèle social que ce soit pour des raisons financières ou d'équité qui sont le fondement même de celui-ci.

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

Sans objet

- **impact sur les jeunes**

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

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

Sans objet

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

La mesure permettra d'améliorer l'efficacité des actions déjà menées par les caisses de sécurité sociale dans le domaine de la lutte contre la fraude.

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

La mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens déjà alloués.

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

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

La mesure ne nécessite pas de texte d'application.

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

La mesure sera d'application immédiate.

- c) Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

- d) Suivi de la mise en œuvre**

Dans les bilans annuels de lutte contre la fraude des organismes de sécurité sociale, il sera fait état du montant de pénalités financières et du nombre d'avertissements prononcés par les caisses, ainsi que du montant de trop-remboursé reversé par les professionnels de santé aux organismes de sécurité sociale au titre d'une condamnation ordinaire.

Par ailleurs, un bilan de la mise en œuvre des sanctions prononcées dans le cadre de l'exercice du droit de communication non nominatif sera transmis avec le rapport annuel de l'ACOSS sur la lutte contre le travail illégal.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-17 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 114-17 modifié du code de la sécurité sociale
<p>I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire ;</p> <p>5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées, en application de l'article L. 114-10 du présent code et de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par les agents mentionnés au présent article, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des organismes chargés de la gestion des prestations familiales et des prestations d'assurance vieillesse, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.</p> <p>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie,</p>	<p>I.-Peuvent faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</p> <p>1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</p> <p>2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</p> <p>3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire ;</p> <p>5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées, en application de l'article L. 114-10 du présent code et de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par les agents mentionnés au présent article, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant des organismes chargés de la gestion des prestations familiales et des prestations d'assurance vieillesse, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête.</p> <p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.</p> <p>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie,</p>

<p>elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2, L. 835-3 et L. 845-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.</p> <p>Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un trentième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>	<p>elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</p> <p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2, L. 835-3 et L. 845-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.</p> <p>Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un trentième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>
<p align="center">Article L. 114-17-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 114-17-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles :</p> <p>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</p>	<p>I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles :</p> <p>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</p>

<p>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 ;</p> <p>2° Les employeurs ;</p> <p>3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;</p> <p>4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>II.-La pénalité mentionnée au I est due pour :</p> <p>1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;</p> <p>2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations ;</p> <p>3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;</p> <p>5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;</p> <p>6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;</p> <p>7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;</p> <p>8° (Abrogé) ;</p> <p>9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration</p>	<p>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 ;</p> <p>2° Les employeurs ;</p> <p>3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;</p> <p>4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>II.-La pénalité mentionnée au I est due pour :</p> <p>1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;</p> <p>2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations ;</p> <p>3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;</p> <p>4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;</p> <p>5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;</p> <p>6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;</p> <p>7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;</p> <p>8° (Abrogé) ;</p> <p>9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration</p>
---	---

<p>ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;</p> <p>10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>III.-Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.</p> <p>Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.</p> <p>IV.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :</p> <p>1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;</p> <p>3° Ou saisit la commission mentionnée au V. A réception de l'avis de la commission, le directeur :</p> <p>a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.</p> <p>En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.</p> <p>Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se</p>	<p>ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;</p> <p>10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>III.-Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 70 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.</p> <p>En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne pourra être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant sera fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.</p> <p>IV.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :</p> <p>1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>2° Notifie à l'intéressé un avertissement , sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;</p> <p>3° Ou saisit la commission mentionnée au V. A réception de l'avis de la commission, le directeur :</p> <p>a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;</p> <p>b) Soit notifie à l'intéressé un avertissement ;</p> <p>b) c) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.</p> <p>En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.</p> <p>La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.</p> <p>Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité</p>
--	--

prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V.-La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI.-Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII.-En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques

se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V.-La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI.-Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII.-En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale

<p>mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;</p> <p>4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.</p> <p>VII bis.-Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>VIII.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;</p> <p>4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.</p> <p>VII bis.-Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.</p> <p>VIII.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p align="center">Article L. 114-19 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article L. 114-19 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :</p> <p>1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;</p> <p>2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail (1) ;</p> <p>3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers ou des prestations recouvrables sur la succession.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.</p> <p>Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.</p> <p>Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 €.</p> <p>Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.</p>	<p>Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :</p> <p>1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;</p> <p>2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail (1) ;</p> <p>3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers ou des prestations recouvrables sur la succession.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.</p> <p>Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.</p> <p>Le refus de déférer à une demande relevant du premier alinéa du présent article est puni d'une amende pénalité de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende la pénalité puisse être supérieur à 10 000 €.</p> <p>Le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités ne sont pas</p>

	<p>communiqués.</p> <p>Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.</p>
Article L. 145-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 145-2 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :</p> <p>1°) l'avertissement ;</p> <p>2°) le blâme, avec ou sans publication ;</p> <p>3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;</p> <p>4°) dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.</p> <p>Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.</p> <p>Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.</p> <p>Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.</p> <p>Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.</p> <p>Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :</p> <p>1°) l'avertissement ;</p> <p>2°) le blâme, avec ou sans publication ;</p> <p>3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;</p> <p>4°) dans le cas d'abus d'honoraires ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.</p> <p>Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.</p> <p>Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.</p> <p>Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.</p> <p>Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.</p> <p>Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.</p>
Article L. 256-4 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 256-4 modifié du code de la sécurité sociale
<p>Sauf en ce qui concerne les cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, notamment dans des cas mentionnés aux articles L. 244-8, L. 374-1, L. 376-1 à L. 376-3, L. 452-2 à L. 452-5, L. 454-1 et L. 811-6, peuvent</p>	<p>Sauf en ce qui concerne les A l'exception des cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, notamment dans des cas mentionnés aux articles L. 244-8, L. 374-1, L. 376-1 à L. 376-3, L. 452-2 à L. 452-5, L. 454-1 et</p>

<p>être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse.</p>	<p>L. 811-6, peuvent être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.</p>
--	---

1. 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 LACOIN
N° D-17- D-022030

Paris, le 4 octobre 2017

Nos/Réf. :
283 – n° 1927

Tél. 01 55 45 54 44 – Fax 01 55 45 51 82
conseils-et-commissions@cnav.fr

A l'attention de Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice de la Sécurité sociale

Madame la Ministre,

Par lettre du 28 septembre 2017, 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 2018.

J'ai l'honneur de vous informer que ce projet de loi a été examiné par la Commission exceptionnelle d'étude de la législation de l'assurance vieillesse du 3 octobre 2017, puis par le Conseil d'administration exceptionnel de ce jour qui, à la majorité, a émis un avis favorable sur ce projet de texte.

En effet, les délégations MEDEF (7 voix), CPME (3 voix) et U2P (3 voix), soit au total 13 voix, ont émis un avis positif, tandis que les groupes CGT (3 voix), CGT-FO (3 voix), CFDT (3 voix) et CFE-CGC (2 voix), soit au total 11 voix, ont émis un avis négatif, que la délégation CFTC (2 voix) et M. BERDER, personne qualifiée, ont pris acte et que M. CORONA, personne qualifiée, s'est abstenu.

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.

Par ailleurs, cet avis est accompagné d'une résolution qui a été adoptée à l'unanimité. Cette résolution figure en annexe du présent avis.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Le Président
du Conseil d'administration :

Gérard RIVIERE

2. CAT/MP




**La Présidente
de la CAT/MP**

Date 4 octobre 2017

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-2017-5011

 scd.daj@cnarnts.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 2017.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**

La Commission s'est prononcée sur ce texte par 5 voix favorables (MEDEF, CPME, U2P) et 5 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT FO, CFTC, CFE-CGC).

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

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travaux Salariés
50 avenue du Professeur André Lemaître - 75350 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 80 10 00 - Fax : 01 72 80 10 10 - www.ameli.fr

3. Cnaf

Conseil d'administration du 4 octobre 2017

RELEVÉ DE DECISIONS

1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Par :

- 13 voix pour (3 Upa, 3 Cgpme, 6 Medef, 1 Cnpl/Unapl),
- 17 voix contre (3 Cgt, 3 Cgt/Fo, 3 Cfdt, 2 Cfe/Cgc, 1 personne qualifiée (Mme Gambrelle), 5 Unaf),
- 1 abstention (1 personne qualifiée (Mme Vignau))
- 2 prises d'acte (2 Cftc),

Le conseil d'administration émet un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

4. CNAMTS



Le Vice-Président du
Conseil de la CNAMTS

Date 3 octobre 2017

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/SDI/ML - D-2017-5000

Affaire suivie par :  sdj.daj@cnamts.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur le projet de texte examiné lors de sa séance du mardi 3 octobre 2017.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**

Le conseil s'est prononcé sur ce texte par 17 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFE-CGC, FNMF, FNATH, UNAF, France Assos Santé), 14 voix favorables (UNAPL, MEDEF, CPME, U2P), 2 prises d'acte (CFTC) et 1 abstention (M. JOLICLERC)

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Yves LAQUEILLE

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
52, avenue du Professeur André Lamière - 75593 Paris Cedex 20
Té : 01 72 60 10 00 - Fax : 01 72 60 10 10 - www.amol.fr

5. UNCAM



**Le Président du
Conseil de l'UNCAM**

Date 4 octobre 2017

Madame la Ministre
des solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité Sociale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/SDI/HB-D-2017-5001

Affaire suivie par :  sdi.daj@cnamts.fr

OBJET : Extrait d'urgence

Madame la Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du Conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie sur le projet de texte examiné lors de sa séance du mardi 3 octobre 2017.

• **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**

- Vu le vote du Collège du Régime général : 6 voix favorables (MEDEF, CPME et U2P), 5 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO et CFE-CGC) et 1 prise d'acte (CFTC) ;
- Vu le vote du Collège de la CNRSI : 3 voix défavorables ;
- Vu le vote du Collège de la CCMSA : 3 voix ne prenant pas part au vote.

Le Conseil s'est prononcé sur ce texte par 8 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFE-CGC et CNRSI), 6 voix favorables (MEDEF, CPME et U2P) et 1 prise d'acte (CFTC), la CCMSA n'ayant pas pris part au vote (3 voix).

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yves Laquaille'.

**Le Président de séance,
Yves LAQUEILLE**

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
55, avenue du Professeur André Lamière - 75996 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 20 - Fax : 01 72 62 12 10 - www.ancm.fr

6. ACOSS

4 octobre 2017

CONSEIL D'ADMINISTRATION

EXTRAORDINAIRE DU 04 OCTOBRE 2017

RELEVÉ DE DÉCISIONS

DEMANDE MINISTÉRIELLE D'AVIS SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018

Par 16 voix pour (délégations CPME, MEDEF, U2P, le représentant des professions libérales UNAPL/CNPL, Mme BERGE-SUET, Mme BARBARA et Mme VAN CAUWENBERGE, personnes qualifiées), 11 voix contre (délégations CFDT, CFE-CGC, CGT et FO) et 2 prises d'acte (délégation CFTC), M. BESNARD, personne qualifiée s'abstenant, le conseil d'administration donne un avis majoritairement favorable sur ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

7. UNOCAM :

UNOCAM 120 BOULEVARD RASPAIL - 75006 PARIS TEL. : 01.42.84.95.00 FAX : 01.45.48.91.01

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Délibération n° CONS. – 37 – 4 octobre 2017 – Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

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 2018 par un courrier daté du 28 septembre 2017, notifié par voie électronique.

Réuni le 4 octobre 2017, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis qui porte d'une part sur l'économie générale du PLFSS pour 2018 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 2018

L'UNOCAM ne se prononce pas sur les hypothèses économiques retenues par les pouvoirs publics pour la construction du PLFSS pour 2018.

1.1. Déficits

Le PLFSS pour 2018 prévoit de porter le déficit de la Sécurité sociale (régime général et Fonds de solidarité vieillesse) à -2,2 milliards d'euros en 2018.

Le déficit de la branche maladie (régime général) devrait être de -4,1 milliards d'euros à la fin de 2017. Le PLFSS l'évalue à -0,8 milliard d'euros à la fin 2018, après mesures correctives.

Le PLFSS pour 2018 prévoit de réaliser 4,165 milliards d'euros d'« *économies* » dans la branche maladie. Il s'agit en fait de moindres dépenses et de recettes nouvelles. Ces mesures nouvelles atteignent 1,490 milliard d'euros sur la « *pertinence et l'efficacité des produits de santé* », 1,465 milliard d'euros sur la « *structuration de l'offre de soins* », 335 millions d'euros sur la « *pertinence et la qualité des actes* », 240 millions d'euros sur la « *pertinence et l'efficacité des 2 prescriptions d'arrêts de travail et de transports* », 90 millions d'euros sur le « *contrôle et la lutte contre la fraude* » et 545 millions d'euros sur les « *autres mesures* ».

Ces « *autres mesures* » sont constituées notamment d'augmentations de dépenses pour l'assurance maladie complémentaire et les ménages (200 millions d'euros sur la hausse du forfait journalier hospitalier et 100 millions d'euros au titre de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement de la convention nationale des médecins libéraux).

1.2. Dépenses de la branche maladie

En 2018, les dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont fixées à hauteur de 195,2 milliards d'euros, soit 4,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à 2017.

Le taux d'évolution de l'ONDAM passe de 2,1% en 2017 à 2,3% en 2018, soit une hausse de 0,2 point.

Le taux de l'ONDAM est de 2,4% pour les soins de ville, 2,0% pour les établissements de santé, 2,6% pour les établissements et services médico-sociaux, 3,1% pour le Fonds d'intervention régional et de 4,3% pour les autres prises en charge. A cet égard, l'UNOCAM note que les pouvoirs publics présentent également le taux de progression de l'ONDAM pour les établissements de santé (2,2%) en anticipant l'augmentation de la part de l'assurance maladie complémentaire et des ménages au financement des établissements de santé.

1.3. Recettes

Le PLFSS pour 2018 prévoit (dans son article 7), à partir du 1er janvier 2018, des baisses des cotisations sociales des actifs en contrepartie d'une hausse de la contribution sociale généralisée (CSG) (de 1,7 point). L'UNOCAM prend note de ces mesures.

De façon incidente, l'UNOCAM constate que la suppression des cotisations sociales de l'assurance maladie et de l'assurance chômage pourrait avoir un impact sur les contrats de santé et de prévoyance.

2. Dispositions du PLFSS pour 2018 intéressant particulièrement l'assurance maladie complémentaire

2.1. Augmentation du forfait journalier hospitalier

Dans les hypothèses économiques du PLFSS pour 2018, figure l'augmentation du tarif du forfait journalier hospitalier. Celle-ci sera de 2 euros en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et réadaptation (SSR) (soit 20 euros au lieu de 18 euros). Elle sera de 1,5 euro en psychiatrie (soit 15 euros au lieu de 13,5 euros). Cette recette supplémentaire pour la branche maladie de la Sécurité sociale, qui constitue une dépense supplémentaire pour les organismes complémentaires d'assurance maladie et pour les ménages, représentera 200 millions d'euros en 2018.

Les pouvoirs publics expliquent que « *95% des Français disposent d'une couverture complémentaire santé ou de la CMU complémentaire* ». Cela signifie que les assurés sociaux qui n'ont pas de couverture complémentaire santé devront supporter directement l'augmentation du forfait journalier hospitalier.

L'augmentation du forfait journalier hospitalier sera loin d'être neutre financièrement, y compris pour les assurés sociaux bénéficiant d'une couverture complémentaire santé. Dans le cadre des contrats responsables, les organismes complémentaires d'assurance maladie ont l'obligation de prendre en charge, sans limitation de durée, le forfait journalier hospitalier. Compte tenu, d'une part, du niveau des résultats techniques en santé réalisés ces dernières années par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance et, d'autre part, de l'augmentation connue de leurs dépenses en 2018, notamment pour la rémunération des médecins libéraux et des pharmaciens titulaires d'officine, une hausse des cotisations des organismes complémentaires d'assurance maladie sera inévitable.

Les dépenses solvabilisées par les mutuelles, les entreprises d'assurances et les institutions de prévoyance, au titre de la consommation de soins et de biens médicaux, s'accroissent en valeur absolue. Or, l'augmentation des dépenses des organismes complémentaires d'assurance maladie se traduit inévitablement par une augmentation des cotisations à la charge de leurs adhérents et assurés, dans la mesure où ces organismes privés ne peuvent pas constituer de déficit.

Enfin, l'augmentation du forfait journalier hospitalier pèsera sur les charges des prestations de la CMU complémentaire, donc sur le financement de celle-ci, qui est supporté par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

En tout état de cause, l'UNOCAM considère que la hausse du forfait journalier hospitalier, vue comme une simple variable d'ajustement, ne répond pas aux problèmes structurels de l'organisation et du financement de l'hôpital. L'UNOCAM regrette que l'annonce de cette mesure n'ait été précédée d'aucune concertation avec les représentants de l'assurance maladie complémentaire.

2.2. Disposition faisant suite à la convention nationale des médecins libéraux, conclue 25 août 2016 et publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 (article 15)

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, au titre des exercices 2013, 2014 et 2015, puis la LFSS pour 2016, au titre de l'exercice 2016, prévoyaient le versement de 150 millions d'euros de l'assurance maladie complémentaire à l'assurance maladie obligatoire au titre du forfait médecin traitant. La LFSS pour 2017 a prorogé ce dispositif pour un an, en modifiant ses modalités.

L'UNOCAM a critiqué ce dispositif qui n'avait fait l'objet d'aucune concertation avec l'assurance maladie complémentaire et qui était opaque pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés comme pour les entreprises (employeurs et salariés).

La convention nationale des médecins libéraux remplace, à partir de 2018, le forfait médecin traitant par le forfait patientèle médecin traitant. A cette occasion, la convention nationale des médecins libéraux prévoit que soient définies les modalités techniques et financières rendant le cofinancement de ce forfait par les organismes complémentaires d'assurance maladie plus visible pour les praticiens, pour les adhérents ou assurés comme pour les entreprises (employeurs et salariés). Le montant prévu par la convention nationale des médecins libéraux pour la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant était de 250 millions d'euros en 2018. Le PLFSS pour 2018 reprend ce montant (dans l'exposé des motifs). L'article lui-même ne mentionne pas l'enveloppe de 250 millions d'euros. Il fixe la participation financière des organismes complémentaires d'assurance maladie à 8,10 euros (contre 5 euros en 2017) par personne protégée de plus de 16 ans, hors CMU complémentaire, ayant consulté au moins une fois dans l'année son médecin traitant.

Les représentants de l'assurance maladie complémentaire ont engagé des travaux avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2016 et 2017 sur la définition des modalités techniques et financières du cofinancement du forfait patientèle médecin traitant par les organismes complémentaires d'assurance maladie. A cet égard, l'UNOCAM note que le PLFSS pour 2018, dans son exposé des motifs, justifie la prolongation du mode de financement actuel par le constat que les modalités techniques et financières cibles ne seraient pas opérationnelles avant 2019. Le texte ne précise pas cependant que ce prélèvement sera supprimé au moment de la mise en oeuvre du nouveau dispositif, comme prévu dans la convention nationale des médecins libéraux.

2.3. Disposition relative au report de l'application du règlement arbitral dentaire (article 44)

En 2016 et 2017, l'UNOCAM a participé aux négociations conventionnelles sur un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Ces discussions ont été perturbées par l'adoption de l'article 75 de la LFSS pour 2017. Le 31 janvier 2017, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a dû constater l'échec des négociations. Un règlement arbitral a été publié au Journal Officiel le 31 mars 2017.

Le PLFSS pour 2018 prévoit le report d'un an, du 1er janvier 2018 au 1er janvier 2019, de certaines mesures de ce règlement arbitral. La revalorisation des soins de prévention, conservateurs et chirurgicaux et le plafonnement des tarifs à entente directe sur les soins prothétiques sont repoussés. Les montants de la clause de sauvegarde, qui conditionne les nouvelles étapes de revalorisation et de plafonnement, sont légèrement modifiés. Les autres mesures du règlement arbitral (notamment relatives aux tarifs sociaux) sont déjà entrées en vigueur ou inchangées.

Depuis le 15 septembre 2017, l'UNOCAM participe aux nouvelles négociations conventionnelles qui se sont ouvertes avec les chirurgiens-dentistes et qui portent désormais sur la convention nationale elle-même. Si ces négociations conventionnelles échouaient, les mesures du règlement arbitral s'appliqueraient au 1er janvier 2019. 5

L'UNOCAM regrette de ne pas avoir pu échanger avec les pouvoirs publics sur les enjeux de ces négociations conventionnelles avant leur ouverture, en particulier sur le cadrage financier.

2.4. Disposition relative au Régime social des indépendants (RSI) (article 11)

Le PLFSS pour 2018 prévoit que la protection sociale des travailleurs indépendants sera confiée au régime général à compter du 1er janvier 2018. S'agissant de la branche maladie, le PLFSS pour 2018 programme le transfert de l'activité des organismes conventionnés vers les caisses primaires d'assurance maladie avant le 31 décembre 2020.

L'efficacité de la gestion et la qualité du service rendu par les organismes conventionnés sont reconnues. Les problèmes rencontrés par les ressortissants du RSI sont indéniables, mais ils sont d'une tout autre nature. Aussi l'UNOCAM regrette-t-elle la remise en cause de l'intervention des organismes conventionnés.

Le PLFSS pour 2018 dispose que « *l'ensemble des droits et obligations des organismes délégataires [...], y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux organismes de leur circonscription [...]* » et que « *ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.* » Les Fédérations qui composent l'UNOCAM notent en outre, dans le PLFSS pour 2018, que « *le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires, de l'absence de renouvellement des conventions [...] fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial.* »

Les représentants des organismes complémentaires d'assurance maladie se montreront particulièrement vigilants sur l'indemnisation des organismes conventionnés au titre du préjudice pour perte d'activité et sur l'indemnisation des coûts liés à l'opération de transfert d'activité. Les organismes complémentaires d'assurance maladie attachent la plus grande importance à la reprise des personnels par le réseau de l'assurance maladie obligatoire.

2.5. Dispositions relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux (article 38, 40 et 41)

L'article 38 du PLFSS pour 2018 prévoit d'adapter les conditions de prise en charge des médicaments dispensés à l'hôpital et financés en sus des tarifs d'hospitalisation. Pour certaines spécialités pharmaceutiques, un prix limite de vente aux établissements de santé pourra désormais être fixé et il pourra être déconnecté de la base de remboursement. L'UNOCAM approuve l'objectif de rendre plus efficaces les achats des établissements de santé.

L'article 40 du PLFSS pour 2018 renforce l'encadrement de la promotion médicale et de la publicité sur les dispositifs médicaux à l'exception des dispositifs médicaux individuels d'optique médicale et des audioprothèses ainsi que de leurs éventuelles prestations associées.

L'article 41 du PLFSS pour 2018 prévoit de renforcer la régulation des dispositifs médicaux. Les équipes du Comité économique des produits de santé (CEPS) seront augmentées et les outils dont il dispose seront diversifiés. Siégeant au CEPS, l'UNOCAM approuve la plupart de ces mesures.

2.6. Autres dispositions

2.6.1. Dispositions relatives à la prévention (articles 12 et 34)

L'UNOCAM partage la volonté des pouvoirs publics de développer la prévention. Elle note en particulier leur engagement en faveur de l'amélioration de la couverture vaccinale (article 34) et de la lutte contre le tabagisme (article 12).

2.6.2. Disposition relative à la télémédecine (article 36)

L'UNOCAM marque son intérêt pour les projets présentés dans le PLFSS pour 2018 relatifs au développement de l'usage de la télémédecine. L'UNOCAM sera toutefois vigilante quant à leur articulation avec les initiatives déjà prises dans ce domaine par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

2.6.3. Disposition relative aux modalités de financement du Fonds CMU (article 18)

L'UNOCAM note qu'une partie du produit de la taxe de solidarité additionnelle, versée par les organismes complémentaires d'assurance maladie, sera affectée au Fonds CMU à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits et que le solde sera affecté à la branche maladie de la Sécurité sociale.

L'UNOCAM prend note de la modification apportée à l'évolution des remboursements aux organismes complémentaires d'assurance maladie gestionnaires de la CMU complémentaire. L'évolution de ces remboursements ne sera plus indexée sur l'inflation, mais sur le coût réellement constaté lors du dernier exercice clos.

2.6.4. Disposition relative à la lutte contre la fraude (article 57)

L'UNOCAM note avec satisfaction la volonté des pouvoirs publics de renforcer les dispositifs de lutte contre la fraude. L'UNOCAM regrette cependant que les organismes complémentaires d'assurance maladie n'y soient pas associés.

2.6.5. Disposition relative à la procédure d'inscription des actes à la nomenclature (article 37)

Le PLFSS pour 2018 rationalise la procédure d'inscription des actes à la nomenclature. Dans le cas général, la procédure de saisine de l'UNOCAM par l'UNCAM sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation est inchangée. L'article 37 prévoit toutefois une toutefois une procédure particulière, en l'absence de hiérarchisation par la Commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP). Dans cette situation, l'UNCAM pourra procéder à la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation et adresser ensuite la décision d'inscription aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'UNOCAM est surprise de constater qu'elle ne sera plus saisie, pour avis, dans ce cas de figure, sur le projet de décision de l'UNCAM.

L'UNOCAM estime qu'il y aurait du sens à ce qu'elle puisse participer aux travaux de la CHAP dans le domaine du dentaire.

*

L'UNOCAM considère que la portée réformatrice, pour 2018, du PLFSS est limitée, malgré des avancées en matière de prévention et d'innovation. L'UNOCAM sera donc vigilante quant aux orientations définies dans la stratégie nationale de santé et aux réponses qui seront apportées aux grands problèmes structurels de notre système de santé, relatifs à l'accès de tous les assurés sociaux, sur l'ensemble du territoire national, à des soins utiles et de qualité.

L'UNOCAM regrette que la préparation du PLFSS pour 2018 ait été marquée par une absence de concertation, qui est préoccupante au vu de l'agenda présenté par ailleurs par les pouvoirs publics et de son impact sur les organismes complémentaires d'assurance maladie. L'UNOCAM note que les baisses des cotisations sociales et la hausse de la CSG prévues dans le PLFSS pour 2018 ne seront pas sans conséquence d'une part sur le coût, pour les salariés, des cotisations collectives en santé et prévoyance et d'autre part sur les prestations d'incapacité.

L'UNOCAM rappelle que la hausse du forfait journalier hospitalier constitue une dépense nouvelle pour les organismes complémentaires d'assurance maladie et les ménages, qui s'ajoute à celles résultant des dernières négociations conventionnelles.

Le PLFSS pour 2018 organise une suppression injustifiée de l'activité de gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire déléguée par le RSI à des organismes conventionnés, faisant peser un risque sur les organismes complémentaires d'assurance maladie aujourd'hui gestionnaires.

Délibération adoptée à l'unanimité

8. CCMSA

Conseil d'Administration du 4 octobre 2017

EXTRAIT DU RELEVÉ DES DÉLIBÉRATIONS DE LA RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 4 OCTOBRE 2017

Avis circonstancié relatif au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018

Vu la saisine du 27 septembre 2017 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018,

Vu l'avis du Bureau du 3 octobre 2017,

Le Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole adopte l'avis suivant :

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 ;
- s'interroge cependant sur l'écart entre d'une part, le différentiel de 3,4 Mds€ de dépenses d'assurance maladie entre le tendancier 2018 de la CCSS et le PLFSS, et d'autre part un ONDAM à 2,3% qui induit 4,2 Mds€ d'économies par rapport au tendancier.

Concernant les dispositions relatives à l'équilibre financier de la sécurité sociale,

- émet un avis favorable sur la mesure d'affectation au régime RCO du produit de la taxe sur les farines conformément aux engagements de l'Etat de contribuer à due concurrence de l'effort réalisé par les cotisants ;
- note cependant que cette recette est prélevée sur le financement de la retraite de base des non-salariés agricoles. La MSA rappelle à ce titre sa demande que les déficits cumulés de la branche vieillesse des non-salariés soient repris par la CADES ;
- 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.

Concernant les dispositions impactant les domaines affiliation et cotisations,

- prend acte de l'abaissement des cotisations sociales des salariés et des non-salariés en contrepartie de la hausse de la CSG, en particulier la baisse de la cotisation famille et la dégressivité des cotisations d'assurance maladie et maternité, applicables de façon uniforme aux travailleurs indépendants et aux exploitants et chefs d'entreprises agricoles ;
- demande une clarification sur les modalités d'application de la baisse de 2,15 points de cotisations famille et du taux dégressif de 5 points sur la branche maladie applicables aux indépendants et non-salariés agricoles ;

- exprime cependant ses vives inquiétudes quant aux conséquences de cet alignement pour les non-salariés agricoles qui perdent de ce fait la mesure d'allègement de 7 points de la cotisation maladie décidée en 2016 ;
- note que cette mesure se traduira par un montant de cotisation AMEXA complémentaire pour le régime évalué à 121 M€ pour 2018 ;
- et constate en le regrettant profondément que les non-salariés agricoles dont le taux de cotisation AMEXA après réforme sera supérieur à 3,04 %, seront quasiment les seuls actifs à être contributeurs nets dans le cadre de la réforme CSG/Cotisations.
- regrette en outre que cette mesure n'ait dès lors pas fait l'objet de concertation préalable avec les représentants de la profession agricole afin d'en mesurer les impacts ;
- demande à ce que le circuit de compensation à Pôle emploi de sa perte de recettes soit simplifié et que la MSA puisse directement verser à pôle emploi les cotisations afférentes, se faisant ensuite rembourser par l'ACOSS.
- prend acte du renforcement des allègements généraux en contrepartie de la suppression du CICE en 2019 ;
- note que le renforcement des allègements généraux au niveau du SMIC, qui porte sur les cotisations patronales chômage et de retraite complémentaire, nécessite d'établir une coordination entre les réseaux URSSAF et les régimes complémentaires obligatoires ;
- se satisfait à cet égard que la MSA, assurant le guichet unique de recouvrement des cotisations de base et complémentaires des entreprises agricoles, ne soit pas concernée par ce besoin de coordination ;
- demande à ce que le texte soit complété pour renvoyer aux articles du code rural relatifs aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires et au recouvrement par la MSA ;
- s'inquiète de l'annonce d'une révision ou d'une extinction en 2019 des autres dispositifs d'exonération ciblés notamment le dispositif TO-DE et les exonérations zonées et demeurera attentif à ce que ces aménagements n'entraînent pas des charges supplémentaires pour les employeurs agricoles.
- prend acte de l'extension de l'utilisation du CESU de services à la personne à définir par décret, mais souhaite que les activités de service de nature agricole (éligibles au Tesa) ne soient pas concernées par cette extension.

Concernant les dispositions impactant la branche Maladie,

- émet un avis favorable sur les mesures relatives à :
 - o l'extension de l'obligation vaccinale ;
 - o la poursuite des expérimentations pour l'innovation dans le système de santé ;
 - o la prise en charge de la télémédecine dans le droit commun de la prise en charge par l'assurance-maladie et le renouvellement du dispositif expérimental pour la télésurveillance ;
 - o l'augmentation de la part de l'intéressement aux économies réalisées dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) des établissements de santé ;

- o l'extension des dispositifs de MSO/MSAP aux prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmiers ; observe toutefois que la MSA n'est pas systématiquement destinataire des signalements de mise sous accord préalable ou de mise sous objectif de professionnels de santé, ce qui nuit à la bonne identification par le régime agricole d'éventuels dossiers suspects ;
 - o l'efficacité et l'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social et de moyens (CPOM) ;
 - o l'harmonisation des dispositions relatives aux CPOM des EHPAD et des autres ESSMS.
- prend acte du transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute autorité de santé (HAS) ;
 - concernant la remise en cause, par l'article 11, de la coordination entre les régimes d'assurance maladie obligatoire, attire l'attention sur la complexité qu'elle induit sur la gestion des droits des assurés. En effet, l'assuré relèvera pour la prise en charge de ses frais de santé du nouveau régime alors que pour le versement de ses IJ il relèvera de son précédent régime. En conséquence, la MSA demande que la rédaction soit revue afin de maintenir les règles de coordination en vigueur ;
 - concernant la mesure relative aux demandes d'autorisations préalables, la MSA attire l'attention sur l'augmentation de la charge de travail, en particulier pour les services de contrôle médical des caisses, qui résulterait d'une utilisation significative de ce nouveau dispositif ;
 - regrette que dans le cadre des expérimentations pour l'innovation dans le système de santé, les décisions puissent être prises par le régime général sans consultation de l'UNCAM.

Concernant les dispositions impactant la branche Accident du Travail, Maladies Professionnelles,

- émet un avis favorable sur la mesure permettant d'indemniser la victime de maladie professionnelle dès l'apparition des premiers symptômes de cette maladie, indépendamment de la date à laquelle la victime a connaissance de son origine éventuellement professionnelle ;
- prend acte de la couverture des dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention pour la branche AT-MP du régime des salariés agricole à hauteur de 8 millions d'euros en 2018, résultant de la réforme par ordonnance sur le compte de prévention.

Concernant les dispositions impactant la branche Famille,

- émet un avis favorable sur les mesures relatives au complément mode de garde de la Paje notamment pour les familles monoparentales et à la revalorisation de la prime à la naissance gelée depuis 2013 ;
- note le retour à l'équilibre de la branche famille ;
- déplore cependant que ce retour à l'équilibre se fasse au travers de mesures d'économie touchant les bénéficiaires de l'allocation de base de la Paje, aussi bien par la baisse de l'allocation de plus de 15 € par mois, que par l'abaissement des plafonds de ressources annuels de plus de 11 000 € ;
- déplore le renoncement affiché par le Gouvernement au principe d'universalité de la branche famille.

Concernant les dispositions impactant la branche Retraite,

- émet un avis favorable sur la mesure de revalorisation sur 3 ans du montant de l'ASPA ;
- exprime sa satisfaction quant à la décision de revaloriser les pensions de retraite et l'ASPA à la même date (1er janvier) ce qui constitue une mesure de simplification de gestion et de cohérence pour les assurés sociaux ;
- regrette cependant que cette mesure entraîne en conséquence un décalage au 1/1/2019 de la prochaine revalorisation des pensions de retraite (au lieu d'octobre 2018), ce qui, dans la poursuite des mesures de différé prises par le Gouvernement précédent, se traduit au global par une année blanche de revalorisation pour les retraités.

Concernant les dispositions relatives au contrôle, à la lutte contre la fraude sociale et contre le travail illégal,

- émet un avis favorable sur les mesures relatives tendant à renforcer l'arsenal juridique à la disposition des organismes de sécurité sociale dans le cadre des contrôles réalisés au titre de la lutte contre la fraude, à la fois dans le cadre des constats réalisés par les branches prestataires mais également dans le cadre de la lutte contre le travail illégal.

Avis global relatif au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018

Vu la saisine du 27 septembre 2017 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018,

Vu l'avis du Bureau du 3 octobre 2017,

Le Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole émet un avis globalement défavorable sur le PLFSS 2018.

9. CNRSI

CAISSE NATIONALE DU RSI

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Réunion du 3 octobre 2017

Relevé de délibérations

Le Conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI s'est réuni le mardi 3 octobre 2017 à 9h30, au Dionys, 260-264, avenue du Président Wilson 93457 La Plaine Saint-Denis cedex, sous la présidence de Monsieur Louis GRASSI.

Après avoir noté la présence de 45 administrateurs ayant voix délibérative, le Président a constaté que le quorum était atteint et que le Conseil pouvait valablement délibérer. 3 pouvoirs ont été enregistrés en début de séance.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Madame LIGNOT-LELOUP, Directrice de la Sécurité Sociale a en liminaire présenté les dispositions du PLFSS relatives à l'équilibre des Comptes de la sécurité sociale, aux cotisations et à la retraite des travailleurs indépendants en développant plus particulièrement l'article 11 relatif à la suppression du RSI.

Le Conseil d'administration émet, par 38 voix contre, 7 pour et 4 abstentions, un avis défavorable au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

En présence des Présidents des caisses régionales, les administrateurs nationaux font part de leur opposition à la suppression du RSI qui procède, selon eux, au démantèlement de l'organisation de gestion intégrée de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, mettant ainsi fin à 70 ans d'existence d'une organisation de la protection sociale dédiée aux travailleurs indépendants.

Les administrateurs soulignent le caractère complexe de la réforme et affichent leur stupéfaction face à la faible prise en compte des multiples enjeux opérationnels, a fortiori au regard des délais impartis pour sa mise en œuvre.

Le Conseil d'administration regrette vivement la suppression du caractère électif de la désignation des représentants des assurés au profit de modalités de désignation à la fois imprécises et imparfaites.

Le Conseil d'administration alerte également sur les nombreuses incertitudes relatives au transfert des contrats de travail des collaborateurs dans le cadre de l'adossé au régime général.

Face à l'inquiétude des administrateurs sur la capacité des régimes à réussir un tel niveau d'intégration des systèmes d'information dans des délais aussi contraints, Madame LIGNOT-LELOUP annonce la création d'un Groupement d'intérêt économique en 2018.

Les élus du régime interpellent fermement le Gouvernement et la tutelle sur les risques importants de dégradation de la qualité de service rendu aux assurés du régime notamment, durant la phase de transition et en l'absence de tout guichet unique commun dans les organismes de sécurité sociale du régime général.

