ANNEXE 9
FICHES D'ÉVALUATION PRÉALABLE DES ARTICLES DU PROJET DE LOI

PLFSS 2020

SOMMAIRE

PLFSS 2020 - Annexe 9

Article 3 - Adaptation des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale – partie rectificative de la LFSS 6

Article 4 - Mécanisme de sauvegarde pour les médicaments 17

Article 7 - Versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales 22

Article 8 - Ajustement du calcul des allègements généraux 28

Article 9 - Non assujetissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique 38

Article 10 - Unification du recouvrement dans la sphère sociale 47

Article 11 - Simplifier les démarches déclaratives et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants 72

Article 12 - Simplifier et créer un cadre de prise en compte immédiate des aides en faveur des particuliers dans le cadre des services à la personne 86

Article 13 - Simplifications pour les cotisants et renforcement de la sécurité juridique 95

Article 14 - Mesures de lutte contre la fraude 107

Article 15 - Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses 119

Article 16 - Mécanisme de sauvegarde pour les médicaments 126

Article 17 - Transferts financiers entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale 131

Article 24 - Réforme du financement des hôpitaux de proximité 146

Article 25 - Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des SSR. 155

Article 26 - Réforme du ticket modérateur à l'hôpital 179

Article 27 - Réforme du financement : nomenclatures de ville 189

Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux : négociation de prix en cas de concurrence 194

Article 29 - Prise en charge de médicaments particuliers : médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle, médicaments financés via les tarifs hospitaliers, médicaments de nutrition parentérale et modernisation du système de prise en charge 223

Article 30 - Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post-ATU 255

Article 31 - Transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP 273

Article 32 - Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé 278

Article 33 - Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures 292

Article 34 - Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments 300

Article 35 - Renforcement de l'obligation d'évaluation médicale et psychologique à l'entrée en protection de l'enfance et création d'une consultation complexe pour sa réalisation 311

Article 36 - Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins 317

Article 37 - Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités 331

Article 38 – Intégration des établissements conventionnés accueillant des adultes handicapés à l'étranger à l'objectif géré par la CNSA 338

Article 39 - Simplification et harmonisation du circuit de financement des centres de lutte contre la tuberculose 344

Article 40 - Mise en place d'un parcours global post traitement aigu d'un cancer 351

Article 41 - Simplification des certificats médicaux de non contre-indication au sport pour les mineurs et pour les disciplines « sans contraintes particulières » 359

Article 42 - Evolution du contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité 366

Article 43 - Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments à l'aide de plusieurs outils ciblés, notamment pour les antibiotiques et les biosimilaires 379

Article 44 - Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018 400

Article 45 - Indemnisation du congé de proche aidant 411

Article 46 - Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides pour améliorer le cadre actuel de la réparation forfaitaire des maladies professionnelles 427

Article 47 - Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route : élargissement des missions du FMESPP au secteur médico-social 435

Article 48 - Création du service public de versement des pensions alimentaires 441

Article 49 - Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants 465

Article 50 - Mesure de convergence des prestations familiales à Mayotte 475

Article 51 - Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale 482

Article 52 - Revalorisation différenciée des prestations sociales 487

Article 53 - Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA) 494

Article 54 - Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP aux employeurs 506

Article 55 - Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée 516

Article 56 - Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières 535

Avis des caisses 547

Article 3 - Adaptation des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale – partie rectificative de la LFSS

I. Présentation de la mesure

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

- ***Prise en compte de la loi MUES sur les trajectoires financières***

La loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) contient deux mesures affectant les ressources de la sécurité sociale :

- Les dispositions de l'article 2 prévoient un avancement de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires prévues à l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 du 1er septembre au 1er janvier, soit une perte de recette de 1,25 Md€ en 2019 ;
- Les dispositions de l'article 3 créent un taux de CSG sur les revenus de remplacement à 6,6% pour les retraités modestes. Cette mesure conduit à dégrader les recettes de la sécurité sociale à hauteur de 1,5 Md€ en 2019.

Selon les dispositions du IV. de l'article LO. 111-3 relatif au domaine de la LFSS, « *Seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base. / Cette disposition s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (…) ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions ; (…)* »

La loi MUES ayant été adoptée par le Parlement postérieurement à l'adoption de la LFSS pour 2019, aucune dérogation à la règle de compensation intégrale par le budget de l'État prévue par l'article L. 131-7 du même code n'a été prise. Il revient donc au Parlement de décider dans le cadre de l'examen des lois financières pour 2020 les modalités de compensation ou de non compensation de ces mesures.

- ***Correction des affectations de recettes sur l'année en cours***

Les hypothèses sous-jacentes aux répartitions de fractions de recettes entre branches de la LFSS pour 2019 conduiraient à sous-compenser à tort le FSV au titre de la perte des prélèvements sociaux sur le capital de 0,7 Md€, en faveur de la CNAM. Par conséquent, cette affectation de recettes décidée en LFSS pour 2019 est incohérente avec les objectifs de solde et les prévisions de recettes par branche prévues par cette même loi.

En effet, en 2019, la rétrocession à l'État des prélèvements sociaux sur le capital hors CSG et CRDS représente une perte de recettes pour le FSV estimée à 5,1 Md€. Pour compenser cette perte, une fraction de 1,72 point de CSG sur une partie des revenus de remplacement (pensions de retraites à taux plein et pensions d'invalidité) a été affectée au FSV par la LFSS 2019. Le calcul de cette fraction de CSG a cependant été réalisé sur l'ensemble des assiettes relatives aux revenus de remplacement. Or, aucune affectation de la CSG assise sur les pensions à taux réduit, pré-retraites et allocations chômage n'a été prévue par la LFSS pour 2019. Par conséquent, le montant de CSG affecté au FSV devrait s'élever en application de cette disposition à 4,4 Md€ au lieu de 5,1 Md€ mentionnés dans les tableaux d'équilibre de la LFSS (voir ci-dessous). La clé de CSG qui correspondrait à une compensation au plus près de la perte des prélèvements sociaux du capital devrait en réalité s'élever à 1,98 point.

Cette dégradation du solde du FSV résultant d'une clé erronée d'affectation de cette recette, il est nécessaire de modifier la fraction de CSG affectée au FSV en partie rectificative de la LFSS 2020, comme le Gouvernement l'a annoncé dès la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2019.

Écart entre la fraction affectée au FSV dans la trajectoire financière de la LFSS pour 2019 et de la CSG réellement affectée en tenant compte des revenus non concernés

	Taux (en %)	CSG tous attributaires 2019 (p)	CSG affectée au FSV trajectoire financière LFSS pour 2019 (p) * (1)	CSG affectée au FSV en tenant compte des revenus non concernés (p) (2)	Ecart
		24 635	5 105	4 439	-666
Retraites		22 562	4 675	4 359	-316
Taux plein	*8,3*	*21 036*	*4 359*	*4 359*	*0*
Taux réduit	*6,6*	*1 526*	*316*	*Non concerné*	*-316*
Pré-retraites	9,2	195	40	Non concerné	-40
Chômage	6,2	610	126	Non concerné	-126
Invalidité	8,3	312	65	65	0
IJ	6,2	881	183	Non concerné	-183
Autres	8,3	75	16	16	0

** L'affectation est réalisée pour l'ensemble des revenus de remplacement. Aussi, un taux de 8,3% a été retenu à tort pour le calcul de la valeur du point de CSG. Ce dernier point joue de manière marginale.*

Soldes par branche avant et après la correction de l'erreur de matérielle de 0,7 Md €

SOLDES PAR BRANCHE (Md€)	2019 avant correction	2019 après correction
CNAM - Maladie	-1,9	-2,6
CNAM - AT-MP	1,0	1,0
CNAV	-1,6	-1,6
CNAF	1,0	1,0
RG	**-1,5**	**-2,1**
FSV	-2,5	-1,8
RG + FSV	**-3,9**	**-3,9**

En outre, l'instauration d'une nouvelle tranche de CSG à 6,6 % sur les revenus de remplacement par la loi MUES a conduit à ce que la clé de 1,72 point de CSG affectée au FSV s'applique à une assiette réduite. En effet, l'assiette affectée au FSV n'a pas été modifiée et la clé de 1,72 point s'applique donc uniquement à l'assiette à 8,3 %, réduite du fait du basculement des retraites modestes à la tranche à 6,6 %. La perte pour les recettes du FSV correspond à 1,5 Md€, ce qui n'est pas cohérent avec les trajectoires établies dans l'hypothèse où une non compensation des pertes de recettes liées à la loi MUES aurait été actée, qui faisaient porter ce coût par la CNAM. Cette correction permet donc de se conformer à la volonté du Gouvernement telle qu'annoncée dans l'étude d'impact de la loi MUES.

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

a) Mesure proposée

- ***Prise en compte de la loi MUES sur les trajectoires financières***

L'article prévoit que les pertes de recettes de la sécurité sociale consécutives à l'adoption de la loi MUES ne soient pas compensées par l'État. Cette mesure est ainsi cohérente avec l'une des principales recommandations du rapport relatif à la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale qui a conduit, dans le cadre des lois financières pour 2019, à une évolution des pratiques concernant les transferts financiers entre l'État et la sécurité sociale. En effet, si le principe de la compensation demeure inscrit dans les textes, dans le contexte d'une situation contrastée entre les soldes de la sécurité sociale en amélioration et les soldes État toujours fortement dégradés, il a été décidé d'une part, de partager entre l'État et la sécurité sociale le coût des dernières baisses de prélèvements obligatoires, et d'autre part, d'autonomiser chaque sous-secteur, chaque ensemble supportant pour l'avenir les baisses de prélèvements obligatoires qui lui sont affectées. La situation comparée des comptes de l'État et de ceux de la sécurité sociale reste contrastée et la mise en œuvre des recommandations relatives à la rénovation des relations entre l'État et la sécurité sociale doit être poursuivie.

Ainsi, une disposition de non-compensation pour un montant de 2 milliards d'euros a été adopté dans la LFSS pour 2019. C'est le cas notamment de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires créée par l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et applicable à compter du 1er septembre 2019. En cohérence, l'exonération relative aux heures supplémentaires sur la période courant du 1er janvier 2019 au 31 août 2019 ne sera pas non plus compensée.

De même, la disposition d'atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement de l'article 14 de la LFSS pour 2019 ne donne pas lieu à une compensation, conformément au principe selon lequel chacun assume les baisses de prélèvements obligatoires concernant les recettes qui lui sont affectées. Dans cette logique, la perte de recettes de la sécurité sociale liée à la création d'un nouveau taux de CSG ne sera pas compensée.

- ***Correction des affectations de recettes sur l'année en cours***

Afin de ne pas dégrader le solde du FSV par rapport au solde inscrit dans la LFSS pour 2019, il est proposé de relever la fraction de CSG affectée du FSV de 1,72 à 1,98 point. Dans le même temps, la fraction de CSG sur les pensions de retraite et les pensions d'invalidité affectée à la CNAM sera abaissée de 5,03 points à 4,77 points. Cette réaffectation de recettes est neutre sur le solde RG+FSV.

Pour neutraliser la dégradation de 1,5 Md€ supplémentaire du solde FSV compte tenu de la réduction de l'assiette de la fraction de CSG qui lui est affectée, la mesure affecte 1,98 point de CSG au taux de 6,6% dont les conditions d'assujettissement sont déterminées au III bis de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. En miroir, la fraction affectée à la CNAM sera également réduite d'1,98 point, portant sa fraction à 3,07 points au lieu de 5,05 points.

En outre, l'article modifie certaines dispositions de la LFSS pour 2019 à des fins de coordination juridique. Il s'agit d'une part de rétablir l'affectation de la CSG à taux réduit au profit de la branche maladie, compte tenu du fait que la LFSS pour 2019 avait affecté indûment 0,95 points de cette assiette à la branche famille. La clé affectée à la maladie est donc rehaussée de 0,95 points. D'autre part il est procédé à une modification de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles afin de prendre en compte l'abrogation, lors de la LFSS pour 2019, du 2° du L.14-10-4[1] de ce même code, toujours visé dans les affectations du b) du 3° de l'article L.14-10-5. Cette dernière modification permet d'appliquer la loi et de ne pas modifier les ressources affectées aux différentes sections de la CNSA.

Par ailleurs, l'article rétablit les dispositions de l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale en ce qu'elles prévoient les modalités de financement par la sécurité sociale des dépenses des personnels relevant des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale ainsi que les modalités de la répartition des contributions à ces dépenses entre régimes. En effet, la loi sur la modernisation de la justice du XXIème siècle a programmé le transfert des contentieux des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale aux tribunaux de grande instance ainsi qu'à des cours d'appel spécialement désignées à compter du 1er janvier 2019. Dans ce cadre, les ordonnances du 16 mai 2018 ont prévu que les dépenses relatives aux salariés de droit privé des organismes de sécurité sociale en poste au 31 décembre 2018 et mis à disposition auprès de ces juridictions ne sont pas à la charge du ministère de la Justice pendant une période transitoire de deux années. Il est nécessaire par conséquent de rétablir une base juridique permettant de prévoir les modalités de financement de ces dépenses pendant cette période transitoire.

Les différentes modifications d'affectations de CSG opérées dans cet article sont résumées dans le tableau suivant :

	CNAF			CNAM			FSV		
	En vigueur*	Après corrections techniques	Après non compensation MUES	En vigueur*	Après corrections techniques	Après non compensation MUES	En vigueur*	Après corrections techniques	Après non compensation MUES
CSG pension à taux plein	0,95	0,95	0,95	5,03	4,77	4,77	1,72	1,98	1,98
CSG taux réduit	0,95	-	-	2,25	3,2	3,2	-	-	-
CSG taux intermédiaire	0,95	0,95	0,95	5,05	5,05	3,07	-	-	1,98

* Clés issues de la LFSS pour 2019 et de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales

b) Autres options possibles

Il aurait pu être proposé une application stricte du principe de la compensation par l'État, qui aurait toutefois été en contradiction avec les principes que le Gouvernement a énoncés et aurait conduit à ce que le budget de l'État supporte seul les pertes de recettes liées à l'adoption de la loi MUES.

[1] Pour mémoire, la LFSS pour 2019 a procédé à la réaffectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital (hors CSG et CRDS) à l'État ce qui a affecté les ressources de la CNSA (abrogation du 2° du L.14-10-4 par l'article 26 de la LFSS pour 2019 qui affectait à la CNSA la contribution additionnelle au prélèvement social) et a procédé à l'affectation d'une fraction de CSG à la CNSA en contrepartie (f du 3° de l'article 131-8 du CSS et modification du 3° du L.14-10-4 par l'article 26 de la LFSS pour 2019)

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

Conformément aux dispositions du IV de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent prévoir une exception au principe de compensation intégrale par le budget de l'État prévu à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

En outre, cette mesure modifie les recettes affectées aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement pour l'année en cours, rattachant cette mesure au A du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure concernée 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'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

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

Modification des articles L. 131-7 et L. 131-8 du code de la sécurité sociale

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

Sans objet

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier de cette mesure est de 2,8 Md€ dont -1,25 Md€ de perte pour la branche vieillesse au titre de l'exonération sociales des heures supplémentaires et -1,5 Md€ de perte pour la branche maladie au titre de la baisse de la CSG pour les retraités modestes.

L'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires étant déjà prévue et non compensée en LFSS 2019 à compter du 1er septembre 2019, la mesure n'a pas n'impact financier sur l'année 2019.

La réaffectation de la CSG entre la CNAM et le FSV est neutre sur le solde RG+FSV. Si elle conduit à dégrader le solde de la CNAM de 2 Md€ au profit du FSV par rapport à la rédaction légistique de la LFSS pour 2019 et de l'affectation de CSG résultant de la loi MUES, cette réaffectation est parfaitement conforme avec les soldes votés en LFSS 2019.

Ainsi le seul impact financier réel est celui retracé dans le tableau ci-dessous :

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
CNAV	- 1 247				
CNRACL	-39				
CNAM	-1 505	-1 555	-1 607	-1 664	- 1 722
Total	-2 792	-1 555	-1 607	-1 664	-1 722

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

Aucun

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Aucun

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

Aucun

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Aucun).

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

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

Aucun

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

Aucun

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

Aucun

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

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

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.

Néant

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Néant

d) Suivi de la mise en œuvre

Néant

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 131-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 modifié du code de la sécurité sociale
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :
1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :	1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :
-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 44,97 % ;	-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 44,97 % ;
-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 35,24 % ;	-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 35,24 % ;
-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 9,79 % ;	-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 9,79 % ;
- à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,01 % ;	- à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,01 % ;
2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;	2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;
3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :	3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :
a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ;	*a)* A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 0,95 % **à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8** ;
b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :	*b)* Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :
- 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;	- 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;
- 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;	- 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;
- 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;	- 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;
- 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;	- ~~*5,03*~~ **4,77** % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;
- 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;	- ~~2,25~~ **3,2** % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;
- 5,05 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;	- ~~5,05~~ **3,07** % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ;
c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part	

correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;	*c)* A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;
d) A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;	*d)* A l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d'activité mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;
e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;	*e)* Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II **et du III bis** de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de ~~1,72~~ **1,98** % ~~;~~
f) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ;	*f)* A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ;
3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :	3° bis Le produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 est versé :
a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;	*a)* Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;
b) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;	*b)* A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;
3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :	3° ter Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :
a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;	*a)* A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;
b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;	*b)* A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 82 % ;
4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;	4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;
5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;	5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, et L. 137-18 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;
6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;	6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;
7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :	7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :
a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,56 % ;	*a)* A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 99,56 % ;
b) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,44 %.	*b)* Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,44 %.
8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ;	8° Le produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 perçue au titre des contrats mentionnés au II bis du même article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le produit de cette même taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II de l'article L. 862-4 est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1 à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la
9° Une fraction de 26,00 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et	

restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée : *a)* A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,13 points ; le montant correspondant est minoré de 1,5 milliard d'euros en 2020, de 3,5 milliards d'euros en 2021 et de 5 milliards d'euros par an à compter de 2022 ; *b)* A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 2,87 points. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.	sécurité sociale. Le solde du produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 ; 9° Une fraction de 26,00 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires, est affectée : *a)* A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, à concurrence de 23,13 points ; le montant correspondant est minoré de 1,5 milliard d'euros en 2020, de 3,5 milliards d'euros en 2021 et de 5 milliards d'euros par an à compter de 2022 ; *b)* A l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, à concurrence de 2,87 points. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.
Article L. 14-10-5 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 14-10-5 modifié du code de l'action sociale et des familles**
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes : I.- Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections. 1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace : *a)* En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4,6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; *a bis*) Abrogé ; *b)* En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes : I.- Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ainsi qu'au financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections. 1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. Elle retrace : *a)* En ressources, une fraction au moins égale à 10 % et au plus égale à 14 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4,6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ; *a bis)* Abrogé ; *b)* En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3.

Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.	Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.
2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace :	2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. Elle retrace :
a) En ressources, 40 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4,6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;	*a)* En ressources, 40 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4,6,6 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4, une fraction d'au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ainsi que la part de la contribution des régimes d'assurance maladie, mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, qui est destinée au financement de ces établissements ou services ;
a bis) Abrogé ;	*a bis)* Abrogé ;
b) En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.	*b)* En charges, le remboursement aux régimes d'assurance maladie des charges afférentes à l'accueil de leurs affiliés dans ces établissements ou services et les contributions au budget des agences régionales de santé pour le financement de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.
Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.	Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section.
Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.	Les opérations comptables relatives aux produits et aux charges de la présente section sont effectuées simultanément à la clôture des comptes de l'exercice.
La dotation versée à l'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont imputées sur les fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 14-10-4.	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 3° de l'article L. 14-10-4.
II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :	II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :
1° En ressources :	1° En ressources :
a) 20 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 64,3 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;	*a)* 20 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 64,3 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;
b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ;	*b)* 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ;
c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ;	*c)* Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ;
2° En charges :	2° En charges :

a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;	*a)* Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;
b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat.	*b)* La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'Etat.
Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.	Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.
III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :	III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :
a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;	*a)* En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;
b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.	*b)* En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.
Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales.	Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales.
Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.	Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.
Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.	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°~~ **24 % du produit des contributions visées aux 1° et 3°** de l'article L. 14-10-4.
[le reste est inchangé]	[le reste est inchangé]

Article 4 - Mécanisme de sauvegarde pour les médicaments

I. Présentation de la mesure

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

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les caisses d'assurance maladie assurent tout au long de l'année une gestion active en matière d'évolution des dépenses de médicaments remboursables. Les actions menées visent notamment à rendre plus efficiente la dépense publique dans ce domaine et doivent contribuer *in fine* au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Toutefois, compte tenu de l'arrivée de nouveaux produits, des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu et de l'effet que ceci induit sur la dynamique des dépenses ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM.

Dans ce cas, le mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux médicaments remboursés. Il s'applique lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi. Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999, a été revue en 2015, 2017 et 2018.

La clause de sauvegarde est prévue aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle prévoit pour 2019 le taux de croissance au-delà duquel la contribution due par les entreprises commercialisant les médicaments se déclenche.

Après plusieurs années de croissance, le chiffre d'affaire sur le médicament a connu une baisse en 2018. Pour ne pas pénaliser l'innovation en France, le Gouvernement a annoncé un ajustement pour 2019 du taux d'évolution à partir duquel la contribution due par les entreprises se déclenche et a décidé de relever ce taux de 0,5% à 1%.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à relever le taux de déclenchement de la clause de sauvegarde pour 2019 de 0,5 à 1% comme annoncé par le Gouvernement.

b) Autres options possibles

Le Gouvernement s'étant engagé auprès des industriels, il convient d'opérer la modification pour 2019.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en 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 CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne sera pas codifiée, dès lors qu'elle porte spécifiquement sur l'année 2019.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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 (prise en compte du chiffre d'affaires dans ces collectivités pour le calcul de la contribution globale due par les entreprises concernées)*
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 clause de sauvegarde pour les médicaments ne doit pas se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM.

Toutefois, si les dépenses de médicaments continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accélèrent, la clause de sauvegarde relative aux médicaments pourrait se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Pour 2019, la construction ONDAM incluait un déclenchement de la clause à 0,5%. Relever ce taux à 1% n'ayant pas été anticipé initialement, ceci impliquera une moindre recette de 60 M€ sur 2019.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020	2021	2022	2023
	- 60				

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

a) Impacts économiques

Pour 2019, l'impact est positif pour les entreprises commercialisant des médicaments.

b) Impacts sociaux

Tous les assurés bénéficient en France, en fonction de leur état de santé et sans considération de leurs revenus, d'une prise en charge de haut niveau de leurs dépenses de santé et d'un accès rapide aux innovations thérapeutiques. Le dispositif de sauvegarde participe à la sécurisation de ce principe.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure est sans impact sur les assurés ; seuls les entreprises commercialisant des médicaments pris en charge pourraient être impactées en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde.

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

La mesure est sans impact sur les administrations publiques.

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

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

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

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

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

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

La mesure est d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni modifie de dispositif codifié.

Article 7 - Versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales

I. Présentation de la mesure

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

Le Gouvernement a engagé une profonde transformation du modèle économique et social, conformément aux engagements pris par le Président de la République devant les Français, visant à ce que chacun puisse vivre décemment de son travail.

Afin d'apporter des réponses rapides à la problématique du pouvoir d'achat, la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales avait permis aux entreprises de verser, pour les salariés rémunérés jusqu'à 3 600 € par mois, une prime exceptionnelle pouvant aller jusqu'à 1 000 €, sans prélèvements sociaux, ni impôts :

- le champ des bénéficiaires comprenait tous les employeurs, dès lors qu'ils employaient des salariés pour lesquels ils sont soumis à l'obligation d'affiliation à l'assurance chômage, incluant donc les salariés des établissements publics à caractère industriel et commercial, qui n'avaient pas été inclus dans le périmètre des dispositifs antérieurs ;
- l'exonération était limitée aux salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC dans l'objectif de favoriser le pouvoir d'achat des salariés les moins rémunérés ;
- les salariés devaient être présents au 31 décembre 2019 pour bénéficier de l'exonération ou à la date de versement de la prime, si celle-ci est antérieure ;
- le périmètre de l'exonération comprenait non seulement les cotisations sociales mais aussi les contributions dues par les employeurs la CSG et la CRDS applicables ; le montant de la prime était par ailleurs exonéré de l'impôt sur le revenu ;
- les modalités de versement étaient encadrées afin de garantir que cette prime constitue une rémunération supplémentaire et empêcher une substitution aux salaires ou aux primes usuellement versées par les entreprises. Pour bénéficier de l'exonération, la prime ne devait se substituer à aucun élément de salaire prévu au contrat de travail ou par convention ou accord collectif ou les usages en vigueur chez l'employeur. Par ailleurs, les modalités de versement de la prime devaient être organisées par un accord conclu selon les mêmes modalités que l'accord d'intéressement. Par dérogation toutefois, dans l'objectif de favoriser une attribution rapide de cette prime, ces modalités pouvaient être arrêtées jusqu'à fin janvier de manière unilatérale. Dans le même objectif de rapidité, la prime devait être versée à partir du 11 décembre 2018 et avant le 31 mars 2019.

Ainsi, quelque 5 millions de salariés ont reçu de leur employeur une prime exceptionnelle, d'un montant moyen de 400 euros. Au total, 2,2 milliards d'euros de primes ont été versés par les entreprises entre le 10 décembre et le 31 mars. La prime a été octroyée dans 408 000 établissements à un quart des salariés du secteur privé. 30% des primes versées s'élève au montant maximum de 1 000 euros.

À l'issue du « Grand Débat National », le Président de la République a souhaité qu'un dispositif équivalent soit reconduit en 2020 afin d'encourager le partage de la valeur au sein de l'entreprise, et d'encourager la conclusion d'accords d'intéressement dont la mise en œuvre a été facilitée par la loi PACTE pour l'avenir.

En effet, le Gouvernement, notamment par les mesures incitatives prises dans le cadre de la loi PACTE (sécurisation des accords et obligation de négocier pour les branches professionnelles) et de la LFSS pour 2019 (suppression du forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés) a souhaité encourager la mise en place d'accords d'intéressement.

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

a) Mesure proposée

Afin de favoriser le pouvoir d'achat des salariés les moins rémunérés, la mesure proposée vise à exonérer de l'ensemble des contributions et cotisations sociales une prime exceptionnelle, d'un montant maximal de 1 000 €, versée par l'employeur à ses salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC. La prime sera également exonérée d'impôt sur le revenu dans les mêmes limites.

La prime pourra être versée entre la date d'entrée en vigueur de la LFSS pour 2020 et le 30 juin 2020 et devra faire l'objet d'un accord collectif selon les modalités prévues à l'article L. 3312-5 du code du travail. La prime pourra donc être négociée soit dans le cadre d'un accord d'intéressement, soit dans celui d'un accord collectif spécifique négocié selon les mêmes modalités. La prime pourra également faire l'objet d'une décision unilatérale du chef d'entreprise.

Elle pourra être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond. Toutefois, l'éligibilité à l'exonération ne concernera que les salariés percevant un salaire inférieur à 3 SMIC.

En application du principe d'égalité de traitement en matière de rémunération, les salariés intérimaires doivent bénéficier de la prime exceptionnelle au même titre que les salariés permanents de l'entreprise utilisatrice. Il incombe alors à l'entreprise utilisatrice d'informer l'entreprise de travail temporaire (qui est l'employeur des salariés mis à disposition) de l'existence de cette prime afin que cette dernière procède à son versement.

Pour correspondre à l'engagement formulé par le Président de le République, et à la différence du dispositif prévu par la loi MUES, le nouveau dispositif sera conditionné à la mise en place ou à l'existence d'un accord d'intéressement par les entreprises concernées au moment du versement de la prime.

Afin de faciliter la conclusion d'accord d'intéressement et de sécuriser les entreprises, l'administration mettra à leur disposition dès le 1er janvier 2020 des accords-type qui permettront de faciliter les démarches des entreprises.

Par ailleurs, la loi PACTE a permis que l'accord d'intéressement ne puisse être remis en cause pour l'année en cours si l'autorité administrative n'a pas formulé de demande de modification dans les 4 mois suivant le dépôt et pour l'intégralité de la durée de l'accord si l'autorité administrative n'a pas formulé de demande de modification dans les 6 mois suivant la date de dépôt de la convention devant l'autorité administrative compétente.

Pourront bénéficier de l'exonération, les employeurs ayant valablement déposé un accord d'intéressement couvrant trois années dont la période de versement de la prime. À défaut, et de manière exceptionnelle, les employeurs pourront conclure un accord d'intéressement pour une durée d'un an, au lieu de trois, durant le premier semestre 2020.

L'ensemble des entreprises et établissements ayant mis en place un dispositif d'intéressement en application de l'article L. 3311-1 du code du travail sont éligibles à l'exonération. Ainsi, peuvent bénéficier du dispositif, l'ensemble des employeurs de droit privé, les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) ainsi que les établissements publics administratifs (EPA) lorsqu'ils emploient du personnel de droit privé. La mesure concernera également les ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) dès lors que ces établissements ont versé une prime d'intéressement durant l'année écoulée. En effet, ces établissements ne peuvent mettre en place un accord d'intéressement dans le cadre de l'article L. 3311-1 du code du travail mais bénéficient d'un dispositif spécifique prévu par le code de l'action sociale et des familles.

Il est par ailleurs laissé à l'employeur la possibilité de moduler la prime en fonction du salaire, du temps de présence, de la catégorie professionnelle ou en combinant ces critères.

Afin de garantir que cette prime corresponde à un élément de rémunération supplémentaire, la présente mesure prévoit qu'elle ne pourra se substituer à aucun élément de rémunération prévu au contrat de travail, par convention, accord collectif ou par les usages.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à exonérer de l'ensemble des contributions et cotisations sociales le supplément d'intéressement versé dans le cadre d'un accord d'intéressement.

En effet, dès lors qu'une entreprise a attribué des sommes issues d'un dispositif d'intéressement à ses salariés au titre d'une année déterminée, alors il peut être décidé qu'un supplément d'intéressement au titre de l'exercice clos soit versé et ce, notamment afin de récompenser et fidéliser les salariés. Le supplément d'intéressement doit alors bénéficier à tous les salariés de l'entreprise ayant bénéficié de l'intéressement au titre du dernier exercice clos. Ce supplément d'intéressement bénéficie du même régime social que la prime d'intéressement. Il est ainsi soumis à CSG/CRDS ainsi qu'au forfait social pour les entreprises de plus de 250 salariés.

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

La mesure modifie les règles d'affiliation et d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale, s'inscrivant ainsi dans le champ des dispositions du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure permet également une exonération d'impôt sur le revenu dans des conditions identiques à l'exonération de cotisations et contributions sociales. L'exonération d'impôt étant accessoire à la mesure sociale, elle est également inscrite en loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, afin de faciliter et encourager le recours à la prime exceptionnelle, la mesure prévoit que les accords d'intéressement peuvent être conclus de manière exceptionnelle pour une durée inférieure à trois ans. Cette disposition étant intrinsèquement liée à la distribution de la prime exceptionnelle, sa place en loi de financement de la sécurité sociale se justifie.

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

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

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 de la CJUE 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

Les dispositions de la prime exceptionnelle étant de nature temporaire il ne convient pas de la codifier.

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 applicable*
Mayotte	*Mesure applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les primes n'auraient pas été versées sans ce dispositif puisqu'elles ne peuvent se substituer à d'autres éléments de rémunération, l'impact de la mesure est donc neutre pour les finances publiques.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
ASSO (CNAV,CNAM,CNAF,CADES,CNSA et UNEDIC)		0			

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

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

a) impacts économiques

En renforçant le pouvoir d'achat des ménages, en particulier de ceux dont la propension marginale à consommer est la plus importante, la mesure est susceptible d'avoir des effets positifs à court terme sur l'activité économique.

En effet, la prime exceptionnelle prévue par la loi MUES a été versée dans plus de 400 000 établissements et a permis de soutenir un grand nombre de salariés sur l'ensemble du territoire, quels que soient le type et la taille de leur entreprise, puisque puisque plus du tiers du montant total de la prime a été versé dans des entreprises de moins de 50 salariés. Ce constat est conforté par le montant moyen élevé des primes versées, atteignant en moyenne près de 400 euros, ainsi que la proportion très importante des primes versées au montant maximal exonéré de 1000 euros (30%). Les primes en dessous d'un montant de 100 euros ne représentent quant à elles qu'une proportion de 1% du total des primes versées.

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure n'implique aucune charge administrative supplémentaire. La mise en place d'accord d'intéressement a par ailleurs été facilitée par la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises dite loi « PACTE ».

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

Sans objet.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

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

Immédiat

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Diffusion d'une instruction recensant les différentes questions posées afin de sécuriser les entreprises.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un suivi sera réalisé par l'ACOSS afin de pouvoir établir un bilan de la diffusion du dispositif selon plusieurs critères (notamment répartition géographique, par taille d'entreprise, montant moyen de la prime).

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni modifie de dispositif codifié.

Article 8 - Ajustement du calcul des allègements généraux

I. Présentation de la mesure

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

À compter de 2019, plusieurs dispositifs d'exonérations de cotisations sociales intègrent dans leur champ les contributions d'assurance chômage. Par conséquent, les employeurs bénéficiaires de ces exonérations peuvent être exonérés en partie ou en totalité de ces contributions. Il s'agit en particulier de la réduction générale dégressive des cotisations et contributions patronales mais également, depuis 2019, de certaines exonérations spécifiques :

- l'exonération applicable pour les employeurs localisés en outre-mer, dite « LODEOM » ;
- l'exonération applicable aux aides à domicile employés par une entreprise ou une association auprès d'une personne « fragile » ;
- l'exonération applicable aux employeurs des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE) dans le secteur agricole.

À la suite des modifications apportées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il subsiste également un dispositif d'exonération totale des contributions d'assurance chômage pour les employeurs d'apprentis du secteur public non industriel et commercial. Toutefois, ceux-ci ne sont pas redevables, dans le cas général, des contributions d'assurance chômage.

Dans le cadre de la réforme de l'assurance chômage, le Gouvernement a annoncé sa volonté de mettre en œuvre un mécanisme de modulation des contributions d'assurance chômage, afin de responsabiliser les employeurs de plus de 11 salariés face au recours excessif aux contrats courts.

Ce mécanisme de modulation consiste à faire varier le taux de la contribution d'assurance chômage en fonction du taux de séparation de chaque entreprise, défini comme le rapport du nombre de séparations sur une année civile et de l'effectif annuel. Ce taux de séparation sera comparé aux taux des autres employeurs du secteur afin de déterminer si le taux de la contribution d'assurance chômage doit être réduit (« bonus ») ou augmenté (« malus »).

À cet effet, la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a modifié les dispositions législatives relatives à la détermination du taux des contributions patronales d'assurance chômage, en prévoyant que ce taux peut être minoré ou majoré en fonction d'une série de paramètres, dont en particulier le nombre de fins de contrats donnant lieu à inscription à Pôle Emploi.

Il convient toutefois d'assurer la compatibilité de ce dispositif avec celui des exonérations de cotisations sociales. En effet, si aucune adaptation n'était prévue, l'effet incitatif du mécanisme serait réduit voire annulé par les exonérations puisque les contributions d'assurance chômage peuvent ne pas être dues, notamment au niveau du SMIC. En effet, la contribution d'assurance chômage due par l'employeur devra nécessairement tenir compte de la modulation liée à l'application du bonus ou du malus, et l'effet de celui-ci sera donc annulé ou fortement diminué si la contribution est partiellement ou totalement exonérée. Un employeur dont une grande partie des salariés est rémunérée au SMIC ne sera ainsi pas ou peu incité à modifier son comportement, puisqu'il ne bénéficierait que d'un montant faible de malus ou de bonus. Il importe donc d'adapter les modalités de calculs des réductions et exonérations concernées, modalités qui sont fixées pour partie au niveau législatif.

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

a) Mesure proposée

Le scénario d'articulation proposé est celui d'une application des réductions et exonérations sans tenir compte de l'effet du bonus-malus, c'est-à-dire sans tenir compte de la variation du taux de la contribution d'assurance chômage.

Le montant des différentes réductions ou exonérations se calcule généralement en référence à un taux, qui dépend lui-même des taux des cotisations et contributions intégrées dans le champ de la réduction ou de l'exonération. La réduction générale, et les autres exonérations concernées, s'appliqueraient ainsi sur la base d'un taux de réduction correspondant au taux de droit commun de la contribution d'assurance chômage, soit 4,05 %.

Dans certains cas où un bonus s'applique, notamment au niveau du SMIC, le montant de réduction sera alors supérieur au montant des cotisations dues, ce qui n'est pas actuellement pas autorisé par l'article D. 241-11 du code de la sécurité sociale. Il s'agira donc de lever cette interdiction par voie réglementaire et de prévoir les modalités d'imputation de la part de réduction qui excèderait les cotisations dues. Il est proposé de les imputer sur les cotisations, uniquement patronales, dues au titre d'autres salariés de la même entreprise, à l'exception des cotisations AT-MP et des cotisations de retraite complémentaire. Ceci permet de maintenir le niveau de réduction même si la cotisation d'assurance chômage est réduite. L'imputation du bonus sera financièrement neutre pour la sécurité sociale.

L'imputation sur les seules contributions patronales d'assurance chômage dues au titre des autres salariés devrait être suffisante pour une majorité d'entreprises : on estime qu'environ 63 000 entreprises n'auraient pas un montant de contributions d'assurance chômage suffisant pour couvrir la réduction, à la condition que ces entreprises bénéficient du montant maximum du bonus. L'imputation subsidiaire sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur devrait permettre de traiter la quasi-totalité de ces 63 000 entreprises, puisque seules 400 entreprises environ resteraient avec un niveau de réduction supérieur aux cotisations dues, là encore à condition que ces entreprises bénéficient du niveau maximum de bonus.

Ce scénario permet de préserver la logique propre de chaque dispositif : effet incitatif du bonus-malus, d'une part, et lisibilité de la réduction du coût du travail apportée par les allègements, d'autre part, et de maintenir pour tous les employeurs le bénéfice total des allègements, que ces employeurs soient éligibles ou non au bonus. Cela permet enfin de conserver une référence à un taux unique de réduction pour l'ensemble des exonérations concernées.

b) Autres options possibles

Un scénario alternatif aurait consisté à ne pas prévoir de mesures d'articulation, et donc à appliquer la réduction générale et les autres exonérations sur la base du taux de contribution d'assurance chômage modulé issu du bonus-malus. Cela aurait pour principale conséquence, comme indiqué précédemment, de neutraliser partiellement ou totalement, selon le niveau de rémunération, l'effet incitatif du bonus-malus. Un employeur ne serait ainsi pas, ou pas suffisamment, incité à modifier ses pratiques d'embauche s'il ne paye de toute façon aucune contribution d'assurance chômage, ou s'il n'en paye qu'une part très faible. De plus, ce scénario ferait dépendre le coefficient de réduction d'un taux propre à chaque entreprise et il y aurait donc potentiellement un coefficient de réduction propre à chaque entreprise, ce qui serait préjudiciable en termes de lisibilité du dispositif de réduction du coût du travail.

Un autre scénario alternatif aurait consisté à mettre en place un bonus-malus sous la forme d'un dispositif ad hoc déconnecté des contributions d'assurance chômage. Le malus aurait pris la forme d'une contribution supplémentaire, et le bonus aurait pris la forme d'une réduction à appliquer sur les cotisations et contributions dues. Si la réduction est supérieure à ces cotisations et contributions, une possibilité d'imputation sur celles dues au titre d'autres salariés de la même entreprise aurait été ouverte. Les exonérations auraient continué à être calculées sur la base d'un taux de contribution d'assurance chômage de 4,05 %. Ce scénario aurait cependant nécessité une modification du cadre législatif issu de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

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

Cette mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 2° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. En effet, la mesure vise à neutraliser l'effet financier qu'aurait eu la mise en place du bonus-malus sur les recettes des branches du régime général de la sécurité sociale. En l'absence de mesure de neutralisation, la majoration du taux de la contribution d'assurance chômage induite par le malus n'aurait pas été prise en compte pour appliquer les exonérations intégrant cette contribution dans leur champ, puisque le coefficient de réduction est plafonné à la somme des taux de droit commun des cotisations et contributions concernées : par exemple, pour la réduction générale des cotisations et contributions patronales, ce principe de plafonnement est inscrit au I de l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale, qui tire la conséquence du III de l'article L. 241-13 de ce même code. En revanche, la minoration de taux induite par le bonus aurait été prise en compte, ce qui aurait abouti pour les employeurs concernés, à une minoration du montant de la réduction générale dont ils auraient bénéficié. Le bonus et le malus n'ayant pas des conséquences symétriques sur les dispositifs d'exonération, il en aurait donc résulté une baisse globale du montant de ces exonérations. La mesure prévoit donc que les dispositifs d'exonération s'appliquent sans prise en compte ni du malus ni du bonus, afin que le montant de ces exonérations ne varie pas.

De plus, en raison du mécanisme de compensation au régime d'assurance chômage du coût de la réduction générale des cotisations et contributions patronales par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), une variation du montant de cette réduction, même si elle ne porte que sur la part de réduction représentative des contributions d'assurance chômage exonérées, aurait eu un impact sur les recettes du régime général de la sécurité sociale puisque le mécanisme de compensation prévoit que ce sont les branches de ce régime qui supportent le coût d'un écart éventuel entre la compensation versée pour solde de tout compte au régime d'assurance chômage et le montant réel de la réduction.

Il est à noter que, même dans l'hypothèse où le malus aurait été pris en compte, comme le bonus, dans les modalités de calcul des exonérations, il en aurait malgré tout résulté une variation du montant de celles-ci, puisque la baisse du montant d'exonération pour les employeurs appliquant un bonus n'aurait pas nécessairement été de même ampleur que la hausse du montant d'exonération pour les employeurs appliquant un malus.

Cette mesure trouve également sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, puisqu'il est prévu d'autoriser l'imputation de la part de la réduction générale qui excèderait le montant des cotisations et contributions du fait de l'application d'un bonus sur celles des autres salariés, y compris sur les cotisations de sécurité sociale. Cela est assimilable à une exonération supplémentaire de cotisations et contributions sociales, liée à l'application du bonus sur les contributions d'assurance chômage, et revient donc à modifier les modalités de recouvrement de ces cotisations.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

Les articles L. 241-10 et L. 241-13 du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article L. 6227-8-1 du code du travail, sont 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 applicable par mention expresse*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier global de la mesure est nul sur le coût global des dispositifs d'allègement.

En effet, la mesure modifie les modalités de calcul et d'application de plusieurs dispositifs d'exonérations de cotisations sociales, afin d'éviter que la mise en place d'une modulation du taux de la contribution d'assurance chômage vienne diminuer le niveau d'allègement, et donc le coût, de ces dispositifs. Sans mesure d'articulation, les niveaux de réduction effectifs, et les pertes de recettes correspondantes, auraient varié selon le niveau de bonus ou de malus, ce qui aurait eu une incidence financière pour le régime d'assurance chômage et indirectement pour l'État, qui compense le coût des réductions de cotisations à ce régime.

Par exemple, avec un malus portant le taux de la contribution d'assurance chômage à 5 % et sans mesure d'articulation, le coefficient maximal de la réduction générale aurait été porté à 33,54 % (pour une entreprise de plus de 20 salariés), ce qui aurait augmenté le coût de la compensation à faire par l'État aux régimes de protection sociale. À l'inverse, avec un bonus portant le taux de la contribution d'assurance chômage à 3 %, le coefficient maximal de la réduction générale aurait été porté à 31,54 %, ce qui aurait diminué le coût de la compensation.

Toutefois, du fait de la possibilité offerte aux employeurs d'imputer sur les autres cotisations et contributions que les seules contributions d'assurance chômage la part de la réduction qui excèderait, du fait du bénéfice d'un bonus, les contributions d'assurance chômage effectivement dues, l'application de ce dispositif aura pour effet de réduire la part de la valeur de la réduction générale imputée sur les contributions d'assurance chômage pour accroître, dans une proportion équivalente, la valeur de la réduction imputée sur les autres cotisations et contributions sur lesquelles porte l'allègement. Il en résulte un accroissement du coût de la réduction générale pour les branches du régime général de sécurité sociale. Son ampleur, qui dépend de l'ampleur du dispositif de modulation retenu, ne peut être estimée mais sera en tout état de cause limitée.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
			0	0	0

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

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

a) impacts économiques

La mise en place d'un dispositif de « bonus-malus » sur les contributions d'assurance chômage vise à limiter le recours aux contrats de très courte durée, en pénalisant les employeurs qui y auraient recours de manière excessive par rapport aux pratiques de leur secteur et en récompensant ceux qui ont des pratiques vertueuses. Elle permettra donc d'améliorer la situation financière du régime d'assurance chômage tout en limitant la précarité des salariés, alors qu'actuellement les comportements en matière d'embauche de certains employeurs reposent de manière trop importante sur la protection offerte par le régime d'assurance chômage. En effet, en employant des salariés de manière discontinue et en leur faisant subir une alternance continue de périodes d'emploi et de périodes de chômage, ces employeurs font le choix de faire peser les conséquences financières de leurs choix en matière de gestion de leurs effectifs sur un régime assurantiel financé sur la base d'un principe de mutualisation, au risque de fragiliser la pérennité financière de ce régime.

Le dispositif de « bonus-malus » concernera, pour ses trois premières années d'application, uniquement les sept secteurs d'activité dont le taux de séparation médian est actuellement le plus élevé. Les entreprises de moins de 11 salariés seront exclues du dispositif.

b) impacts sociaux

Sans objet.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

La mesure vise à limiter l'incidence de la modulation du taux de la contribution d'assurance chômage sur les modalités de calcul et d'application de différents dispositifs d'exonérations de cotisations sociales : notamment, les taux et montants de réduction associés à ces dispositifs ne seront pas modifiés.

Cependant, les employeurs bénéficiant de ces dispositifs pourront désormais être amené à imputer une partie des réductions sur les cotisations d'autres salariés de leur entreprise que celui au titre du calcul la réduction a été calculé, ce qui constitue un processus nouveau.

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

L'ACOSS et le réseau des URSSAF, ainsi que les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) devront mettre en œuvre les nouvelles modalités d'application des exonérations concernées par la mesure, notamment la possibilité d'imputer une partie des réductions sur des cotisations d'autres salariés que celui au titre duquel la réduction a été calculée.

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 dont disposent déjà les organismes.

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

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

La mesure nécessitera un décret pour préciser au niveau règlementaire les modalités d'imputation des réductions de cotisations et contributions dont peut bénéficier l'employeur au titre d'un salarié dans les cas où les niveaux de réduction seraient supérieurs aux niveaux des cotisations et contributions dues au titre de ce salarié, cas qui donneraient lieu à une imputation sur les cotisations et contributions des autres salariés de l'entreprise.

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 modulation des contributions d'assurance-chômage au titre de l'application du « bonus-malus », déterminée sur les taux de séparation des entreprises de la période de référence, interviendra au 1er avril 2021.

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

L'application de la mesure sera notamment suivie par la branche du recouvrement et dans le cadre de l'annexe 5 du PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 241-10 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 241-10 modifié du code de la sécurité sociale
[…]	[…]
III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :	III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :
1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;	1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;
2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;	2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.	3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.
Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.	Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail, **à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code**.
Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %.	Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %.
Ces exonérations s'appliquent à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :	Ces exonérations s'appliquent à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :
a) Des personnes mentionnées au I ;	a) Des personnes mentionnées au I ;
b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au	b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide

deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a. Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment : -les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ; -les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations. Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III. [...]	sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a. Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code. Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment : -les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ; -les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations. Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III. [...]
Article L. 241-13 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 241-13 modifié du code de la sécurité sociale**
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 mentionnées à l'article L. 834-1, 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, la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 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 rémunérations ou gains 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, **à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5**, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1, 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, la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 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, **à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au second alinéa de l'article L. 2544-12 du même code,** qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs

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 des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.	au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.
Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III 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 des contributions 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.	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 des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.
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.	Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III 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.
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.	La valeur maximale du coefficient est fixée par décret, **à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I** ~~*dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions 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.
VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.	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.
Pour les salariés expatriés mentionnés au a de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au e du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.	[…]
Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'Etat en application du même article L. 133-9.	VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.
	Pour les salariés expatriés mentionnés au a de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au e du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.

	Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'Etat en application du même article L. 133-9. **Dans le cas où la minoration, prévue à l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées.**
Article L. 5553-11 actuel du code des transports	**Article L. 5553-11 modifié du code des transports**
Les entreprises d'armement maritime sont exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée à l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale. Le bénéfice des exonérations prévues au premier alinéa est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article.	Les entreprises d'armement maritime sont exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée à l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'Etat au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale. **L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue à l'alinéa précédent s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions** prévues au second alinéa de l'article L. 5422-12 du même code**.** Le bénéfice des exonérations prévues au premier alinéa est conditionné au fait que les membres de l'équipage des navires sur lesquels des marins sont concernés par l'exonération sont, dans une proportion d'au moins 25 %, des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Cette proportion est calculée sur la base de la fiche d'effectif et s'apprécie sur l'ensemble de la flotte

	composée des navires embarquant au moins un marin pour lequel l'employeur bénéficie de l'exonération prévue au présent article.

Article 9 - Non assujetissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

I. Présentation de la mesure

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

Suite à la promulgation de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, le dispositif de la rupture conventionnelle prévoit qu'à compter du 1er janvier 2020, un accord entre l'agent et l'administration pourra prévoir la rupture du lien au service entre l'agent public et l'administration. Cette rupture donnera lieu au versement d'une indemnité spécifique de rupture conventionnelle (ISRC) et ouvrira droit au bénéfice de l'allocation de retour à l'emploi (ARE).

Inspiré de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle du droit privé, cette ISRC vise à faciliter les reconversions professionnelles des agents souhaitant rejoindre le secteur privé. Elle a été instituée à titre pérenne pour les agents publics contractuels et à titre expérimental jusqu'en 2025 pour les fonctionnaires des trois versants.

La facilitation des reconversions est un enjeu essentiel pour les pouvoirs publics dans un contexte de transformations importantes des organisations publiques et d'évolution rapide des compétences attendues des agents publics.

Sans mesure d'exemption de l'assiette des contributions et de cotisations sociales, l'ISRC perçue par les agents publics serait assujettie à ces prélèvements, contrairement au dispositif similaire existant pour les salariés du secteur privé.

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

a) Mesure proposée

Les dispositions proposées excluent l'ISRC de l'assiette des cotisations et contributions sociales. Ces dispositions seront applicables aux indemnités versées à compter du 1er janvier 2020.

b) Autres options possibles

Sur le plan de l'attractivité de l'indemnité, il aurait pu être envisageable de ne pas recourir à l'exemption d'assiette de contribution et de cotisation sociales, mais d'agir sur le niveau de l'indemnité. Cette option a été écartée car elle aurait généré une différence de situation entre les agents publics et les salariés du secteur privé.

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

Le recours au projet de loi de financement de la sécurité sociale est requis en application du IV de l'article 1 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale de l'indemnité.

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

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

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 de la CJUE 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

L'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'abrogation de texte.

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

La mesure est directement applicable aux agents publics des trois versants dans les départements d'outre-mer.

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le nombre à venir de ruptures conventionnelles, qui constitue un nouveau cas de sortie de la fonction publique, est difficile à estimer. La rupture conventionnelle se traduira par une démission mais toutes les démissions ne donneront pas forcément lieu à substitution par une rupture conventionnelle.

Ainsi, l'évaluation des impacts présentée ci-dessous résulte d'hypothèses et de conventions, l'activation de la mesure envisagée résultant in fine de décisions individuelles prises dans le cadre d'un accord entre l'administration et les agents concernés.

Les sous-jacents des hypothèses d'évaluation retenues sont les suivants :

- s'agissant d'une mesure négociée, le nombre d'agents susceptibles de bénéficier d'une ISRC ;
- pour l'ISRC, le montant maximum de l'indemnité négocié par les agents compte tenu leur ancienneté. En l'état des réflexions, ce montant plafond pourrait correspondre à 80 % du montant de l'indemnité de départ volontaire attribuable au sein de la fonction publique d'Etat en cas de restructuration de service.

Dès lors, les coût maximums ci-dessous ont été évalués à ce stade sur la base d'une hypothèse de 1 000 bénéficiaires de l'ISRC en 2020, 1 500 en 2021 et 2 000 en 2022 d'une part, et d'un montant négocié correspondant au montant plafond envisagé dans le cadre de l'application l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 d'autre part.

Le chiffrage présenté correspond donc à une hypothèse « haute », dans la mesure où, s'agissant de l'ISRC, tous les agents ne bénéficieront pas du plafond.

Le montant de l'exemption d'assiette ne constitue cependant pas un surcoût pour les régimes obligatoires de base dans la mesure où le dispositif de l'indemnité de rupture conventionnelle n'existe pas à ce jour pour les agents publics et ne génère donc pas de recettes pour les organismes de sécurité sociale.

Année	2 020	2021	2022
Nombre total de bénéficiaires	1 000	1 500	2 000
Total ISRC	68 973 334 €	103 460 002 €	137 946 669 €
Montant total de l'exonération sociale	9 761 651 €	14 642 477 €	19 523 303 €

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

a) impacts économiques

Les mesures envisagées conduiront à un meilleur accompagnement financier des agents publics faisant le choix d'un départ volontaire de la fonction publique. La sécurisation de la sortie du secteur public, en particulier dans le contexte de transformations évoqué précédemment, permettra d'augmenter les chances d'une transition professionnelle réussie dans le secteur privé et renforcera l'attractivité du dispositif.

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet

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

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

S ans 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…)

Les systèmes d'information de gestion de la paye des agents publics seront actualisés pour exclure l'ISRC de l'assiette des cotisations et des contributions sociales.

Les services gestionnaires des ressources humaines devront adapter leur processus pour permettre l'application du nouveau dispositif.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La mesure ne nécessite pas de texte 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 ou cotisants

La mesure fera l'objet d'une large communication auprès des agents publics.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la montée en charge du dispositif sera assuré, pour ce qui concerne les volumes de démissionnaires, par les outils existants, notamment le rapport annuel sur l'état de la fonction publique.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale	Article L. 136-1-1 modifié du code de la sécurité sociale
I.-La contribution prévue à l'article L. 136-1 est due sur toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction élective, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte.	I.-La contribution prévue à l'article L. 136-1 est due sur toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction élective, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte.
Ne constituent pas un revenu d'activité les remboursements effectués au titre de frais professionnels correspondant dans les conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget à des charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi des travailleurs salariés ou assimilés que ceux-ci supportent lors de l'accomplissement de leurs missions.	Ne constituent pas un revenu d'activité les remboursements effectués au titre de frais professionnels correspondant dans les conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget à des charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi des travailleurs salariés ou assimilés que ceux-ci supportent lors de l'accomplissement de leurs missions.
II.-L'assiette de la contribution inclut notamment :	II.-L'assiette de la contribution inclut notamment :
1° Les revenus professionnels des travailleurs indépendants, dans les conditions définies par les articles L. 136-3 et L. 136-4 ;	1° Les revenus professionnels des travailleurs indépendants, dans les conditions définies par les articles L. 136-3 et L. 136-4 ;
2° Les revenus des artistes-auteurs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-3 ;	2° Les revenus des artistes-auteurs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-3 ;
3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;	3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau desdites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;
b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;	b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;
c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;	c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;	d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;
e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales ;	e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales ;
4° Les revenus pris en compte dans les conditions prévues à l'article L. 611-1 tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité ;	4° Les revenus pris en compte dans les conditions prévues à l'article L. 611-1 tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité ;
5° Les avantages mentionnés au I et au II de l'article 80 bis du code général des impôts lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires ;	5° Les avantages mentionnés au I et au II de l'article 80 bis du code général des impôts lorsque ces derniers sont imposés à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires ;
6° La garantie de ressources des travailleurs handicapés prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles.	6° La garantie de ressources des travailleurs handicapés prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles.
III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :	III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :
1° a) Les rémunérations des apprentis mentionnées à l'article L. 6221-1 du code du travail ;	1° a) Les rémunérations des apprentis mentionnées à l'article L. 6221-1 du code du travail ;
b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ;	b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 du présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ;
c) La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle mentionnée à l'article L. 6341-1 et à l'article L. 6341-7 du code du travail ;	c) La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle mentionnée à l'article L. 6341-1 et à l'article L. 6341-7 du code du travail ;
d) L'allocation de formation mentionnée à l'article L. 6321-10 du même code ;	d) L'allocation de formation mentionnée à l'article L. 6321-10 du même code ;
2° a) Les cotisations mises à la charge des employeurs dues auprès des régimes obligatoires de sécurité sociale ;	2° a) Les cotisations mises à la charge des employeurs dues auprès des régimes obligatoires de sécurité sociale ;
b) Les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4 du présent code, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre 1er du titre 2 du livre 9 ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant	b) Les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4 du présent code, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre 1er du titre 2 du livre 9 ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant

en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 ;	en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 ;
c) Les contributions mises à la charge des employeurs en application du 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail destinées au financement du régime d'assurance chômage, ainsi que celles finançant les fonds d'assurance-formation mentionnés à l'article L. 6332-7 du même code ;	c) Les contributions mises à la charge des employeurs en application du 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail destinées au financement du régime d'assurance chômage, ainsi que celles finançant les fonds d'assurance-formation mentionnés à l'article L. 6332-7 du même code ;
d) La part des cotisations salariales prise en charge par l'employeur dans les conditions prévues aux articles L. 241-3-1 et L. 241-3-2 du présent code ;	d) La part des cotisations salariales prise en charge par l'employeur dans les conditions prévues aux articles L. 241-3-1 et L. 241-3-2 du présent code ;
e) Les versements des employeurs consacrés au financement des régimes de retraite et qui sont assujettis aux contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-2 du présent code ;	e) Les versements des employeurs consacrés au financement des régimes de retraite et qui sont assujettis aux contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-2 du présent code ;
f) La participation des employeurs à l'effort de construction, prévue par l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation ;	f) La participation des employeurs à l'effort de construction, prévue par l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation ;
g) Le versement destiné au financement des transports en commun, prévu par les articles L. 2333-64, L. 2531-2 et L. 5722-7 du code général des collectivités territoriales ;	g) Le versement destiné au financement des transports en commun, prévu par les articles L. 2333-64, L. 2531-2 et L. 5722-7 du code général des collectivités territoriales ;
h) La contribution des employeurs au financement mutualisé des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs, prévue par l'article L. 2135-10 du code du travail ;	h) La contribution des employeurs au financement mutualisé des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs, prévue par l'article L. 2135-10 du code du travail ;
3° a) L'avantage salarial correspondant à la valeur, à leur date d'acquisition, des actions attribuées dans les conditions définies aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-6 du code de commerce, dans la limite annuelle prévue par le I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts ;	3° a) L'avantage salarial correspondant à la valeur, à leur date d'acquisition, des actions attribuées dans les conditions définies aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-6 du code de commerce, dans la limite annuelle prévue par le I de l'article 80 quaterdecies du code général des impôts ;
b) L'indemnisation mentionnée au II de l'article L. 225-270 du code de commerce versée en cas de dissolution de la société coopérative de main-d'œuvre ou, le cas échéant, la valeur des actions attribuées à ce titre ;	b) L'indemnisation mentionnée au II de l'article L. 225-270 du code de commerce versée en cas de dissolution de la société coopérative de main-d'œuvre ou, le cas échéant, la valeur des actions attribuées à ce titre ;
c) Les avantages d'actionnariat attribués aux salariés dans le cadre des dispositions de la loi n° 80-834 du 24 octobre 1980 créant une distribution d'actions en faveur des salariés des entreprises industrielles et commerciales ;	c) Les avantages d'actionnariat attribués aux salariés dans le cadre des dispositions de la loi n° 80-834 du 24 octobre 1980 créant une distribution d'actions en faveur des salariés des entreprises industrielles et commerciales ;
d) Les rémunérations mentionnées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ; celles-ci sont assujetties à la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du présent code au titre des revenus de capitaux mobiliers ;	d) Les rémunérations mentionnées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ; celles-ci sont assujetties à la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du présent code au titre des revenus de capitaux mobiliers ;
4° a) Les sommes consacrées par les employeurs pour l'acquisition de titres-restaurant dans les conditions prévues au 19° de l'article 81 du code général des impôts ;	4° a) Les sommes consacrées par les employeurs pour l'acquisition de titres-restaurant dans les conditions prévues au 19° de l'article 81 du code général des impôts ;
b) L'avantage résultant pour le bénévole de la contribution de l'association au financement de chèques-repas en application de l'article 12 de la	b) L'avantage résultant pour le bénévole de la contribution de l'association au financement de chèques-repas en application de l'article 12 de la

loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif ;	loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif ;
c) L'aide financière du comité social et économique de l'entreprise ou celle de l'entreprise destinée au financement d'activités de services à la personne mentionnées aux articles L. 7233-4 et L. 7233-5 du code du travail ;	c) L'aide financière du comité social et économique de l'entreprise ou celle de l'entreprise destinée au financement d'activités de services à la personne mentionnées aux articles L. 7233-4 et L. 7233-5 du code du travail ;
d) L'avantage résultant de la prise en charge obligatoire par l'employeur des frais de transports publics dans les conditions prévues à l'article L. 3261-2 du même code ;	d) L'avantage résultant de la prise en charge obligatoire par l'employeur des frais de transports publics dans les conditions prévues à l'article L. 3261-2 du même code ;
e) L'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant ou des frais exposés pour l'alimentation de véhicules électriques engagés par les salariés dans les conditions prévues à l'article L. 3261-3 du même code et des frais mentionnés à l'article L. 3261-3-1 du même code, dans la limite prévue au b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts, ainsi que l'avantage mentionné au c du même 19° ter, dans la limite prévue au même c ;	e) L'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant ou des frais exposés pour l'alimentation de véhicules électriques engagés par les salariés dans les conditions prévues à l'article L. 3261-3 du même code et des frais mentionnés à l'article L. 3261-3-1 du même code, dans la limite prévue au b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts, ainsi que l'avantage mentionné au c du même 19° ter, dans la limite prévue au même c ;
f) (Abrogé) ;	f) (Abrogé) ;
5° a) Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, dans la limite du plus petit des montants suivants :	5° a) Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, dans la limite du plus petit des montants suivants :
-le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou la loi si ce dernier est le plus élevé, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour le motif concerné, le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ;	-le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou la loi si ce dernier est le plus élevé, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour le motif concerné, le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement ;
-le montant fixé en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code.	-le montant fixé en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code.
Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties ;	Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties ;
b) Les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts, qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 duodecies du même code, dans la limite d'un montant égal à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code. Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions d'un montant supérieur à cinq fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. Pour l'appréciation des seuils et plafonds du présent alinéa, il est fait masse, le cas échéant, des indemnités mentionnées au a du présent 5° ;	b) Les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts, qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 duodecies du même code, dans la limite d'un montant égal à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code. Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions d'un montant supérieur à cinq fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. Pour l'appréciation des seuils et plafonds du présent alinéa, il est fait masse, le cas échéant, des indemnités mentionnées au a du présent 5° ;
6° a) L'indemnité mentionnée à l'article 11 de la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ;	**5° bis Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du**
b) Les prestations de subsistance, d'équipement et de logement ainsi que l'indemnité forfaitaire	

d'entretien allouées, en application de l'article L. 104 du code du service national, au personnel accomplissant le service national actif dans le service de la coopération ou dans le service de l'aide technique ; c) L'indemnité mensuelle et l'indemnité supplémentaire versées dans le cadre de l'accomplissement d'un volontariat international en application de l'article L. 122-12 du même code ; d) L'indemnité versée dans le cadre d'un contrat de volontariat de solidarité internationale en application de l'article 7 de la loi n° 2005-159 du 23 février 2005 relative au contrat de volontariat de solidarité internationale ; e) L'indemnité versée dans le cadre de la recherche médicale dans les conditions prévues à l'article L. 1121-11 du code de la santé publique ; f) Les prestations mentionnées aux articles L. 325-1 et L. 325-2 du code rural et de la pêche maritime dans le cadre de l'entraide entre agriculteurs ; 7° Les revenus d'activité versés à des bénéficiaires redevables de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 du présent code.	**décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.** **Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties.** 6° a) L'indemnité mentionnée à l'article 11 de la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ; b) Les prestations de subsistance, d'équipement et de logement ainsi que l'indemnité forfaitaire d'entretien allouées, en application de l'article L. 104 du code du service national, au personnel accomplissant le service national actif dans le service de la coopération ou dans le service de l'aide technique ; c) L'indemnité mensuelle et l'indemnité supplémentaire versées dans le cadre de l'accomplissement d'un volontariat international en application de l'article L. 122-12 du même code ; d) L'indemnité versée dans le cadre d'un contrat de volontariat de solidarité internationale en application de l'article 7 de la loi n° 2005-159 du 23 février 2005 relative au contrat de volontariat de solidarité internationale ; e) L'indemnité versée dans le cadre de la recherche médicale dans les conditions prévues à l'article L. 1121-11 du code de la santé publique ; f) Les prestations mentionnées aux articles L. 325-1 et L. 325-2 du code rural et de la pêche maritime dans le cadre de l'entraide entre agriculteurs ; 7° Les revenus d'activité versés à des bénéficiaires redevables de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 du présent code.

Article 10 - Unification du recouvrement dans la sphère sociale

I. Présentation de la mesure

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

- ***Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale***

Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale est hétérogène. Même si une grande partie de celui-ci est effectuée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), les caisses chargées de la gestion de nombreux régimes opèrent leur propre recouvrement.

S'agissant des retraites complémentaires des salariés du secteur privé (régime AGIRC-ARRCO), le recouvrement des cotisations est de la responsabilité des Institutions de retraite complémentaire (IRC) qui sont membres de groupes de protection sociale (GPS).

Dans le secteur public, les situations sont également diverses. Les cotisations retraite et invalidité dues pour les fonctionnaires et ouvriers d'État sont recouvrées par le service des retraites de l'État et par les services de la Caisse des dépôts et consignations. S'agissant des agents non titulaires, les cotisations au régime de retraite de base (régime général) sont versées à l'Urssaf et les cotisations complémentaires à la Caisse des dépôts et consignations pour le compte de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC). Les cotisations maladie et famille sont systématiquement recouvrées dans ce secteur par les URSSAF.

Les cotisants font donc face à une pluralité d'interlocuteurs pour le recouvrement de leurs cotisations et contributions sociales, et le dispositif génère des surcoûts systémiques liés à la redondance des opérations de recouvrement.

- ***La simplification des démarches des entreprises et la fiabilisation des déclarations sociales***

La généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN) au 1er janvier 2017 à l'ensemble des employeurs du secteur privé est l'aboutissement des mesures prises depuis plusieurs années de simplification et de modernisation des déclarations sociales, puisque les employeurs réalisent toutes les formalités dans un cadre juridique et technique unique. Ce dispositif pourrait néanmoins être amélioré pour faciliter la correcte prise en compte par les employeurs des renseignements transmis par l'administration et qui lui sont nécessaires pour accomplir ces démarches. En effet, aujourd'hui, certaines informations importantes – par exemple, le taux des cotisations AT-MP applicables calculés par les organismes sociaux pour chaque entreprise – sont notifiées aux employeurs mais de manière séparée de la DSN qu'il doit souscrire. L'absence de continuité entre les démarches est susceptible de générer des erreurs au moment de réaliser les déclarations. C'est le cas en particulier de la correcte prise en compte des taux AT-MP qui représentent aujourd'hui 15 % des anomalies détectées dans les DSN du début d'année.

Ces erreurs entraînent une intervention de l'organisme de recouvrement afin que les entreprises les corrigent. Facilement évitables, elles occasionnent néanmoins des coûts inutiles tant pour les entreprises que pour les organismes. Elles représentent aussi un risque potentiel pour les salariés en faussant l'attribution des droits dans certains cas.

- ***Le recouvrement des cotisations sociales du régime des marins***

Le régime spécial des marins entre dans la catégorie des régimes spéciaux au sens de l'article L. 711.1 du code de la sécurité sociale. En matière de protection sociale, ce régime couvre les risques vieillesse, maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles. L'établissement national des invalides de la marine (ENIM), organisme gestionnaire de ce régime, assure également le recouvrement des cotisations correspondantes pour l'ensemble des gens de mer.

Dans un souci de simplification pour les usagers, la convention d'objectifs et de gestion 2016-2020 entre l'État et l'ENIM mentionne comme objectif la mise en œuvre du recouvrement unique par le régime général et des travaux entre l'ENIM et l'URSSAF Poitou-Charentes ont été initiés pour mettre en œuvre ce transfert en même temps que des réflexions ont été menées afin de simplifier et unifier le droit applicable.

- ***Les possibilités d'échanges d'informations entre certificateurs des comptes ne correspondent pas totalement aux besoins liés à la répartition de leurs compétences***

Les dispositions du code des juridictions financières organisent les échanges d'informations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes dans le cadre de la certification des comptes du régime général. Si elles prévoient que les membres de la Cour peuvent communiquer des informations aux commissaires aux comptes d'organismes en dehors du périmètre des régimes de base lorsqu'une partie des opérations de ces organismes est gérée par des organismes du régime général (recouvrement pour l'UNEDIC par exemple), les textes ne prévoient pas en sens inverse qu'ils puissent demander des éléments d'assurance aux commissaires aux comptes d'organismes autres que les organismes de sécurité sociale, gérant des opérations ayant un impact financier sur le régime général.

L'incomplétude du dispositif juridique autorisant les échanges d'informations entre certificateurs peut ainsi contraindre ces derniers à exprimer des réserves pour limitation dans l'exercice de leurs contrôles, ou bien obliger les organismes audités à demander à leurs partenaires des attestations de leurs commissaires aux comptes, qui renchérissent le coût global de la certification.

Dans cette situation, deux évolutions du dispositif apparaissent notamment utiles :

- dans le cadre de l'extension du champ des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire à compter de l'exercice 2019, il apparaît nécessaire de prévoir que la Cour puisse, si elle l'estime nécessaire, demander aux commissaires aux comptes de la fédération AGIRC-ARRCO d'effectuer des vérifications sur les sommes facturées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) au titre de la compensation de la réduction générale (environ 5 Md€ prévus pour 2019) ;
- pour la certification des comptes combinés de la branche maladie du régime général, il paraît souhaitable de donner à la Cour la faculté de demander des éléments d'assurance sur la qualité du dispositif de maîtrise des risques attaché à la chaîne de la recette dans certains établissements de santé. L'insuffisance de ces éléments d'assurance est à l'origine de l'expression d'une réserve sur les comptes de la branche depuis l'exercice 2015.

• *L'admission des créances irrécouvrables en non-valeur est soumise à un formalisme qui responsabilise insuffisamment les organismes*

Les articles L. 133-3 et L. 243-3 du code de la sécurité sociale prévoient que l'admission en non-valeur des créances (i.e. la reconnaissance au plan comptable de leur caractère irrécouvrable) que les organismes de sécurité sociale détiennent sur les assurés et les cotisants est prononcée par le conseil ou conseil d'administration de l'organisme dans des conditions fixées par décret. Cette procédure s'avère chronophage et n'apporte pas de réelle valeur ajoutée au regard de la sécurisation du bien-fondé des admissions en non-valeur de créances. En pratique, les conseils ou conseils d'administration se voient soumettre des liasses comportant des centaines ou des milliers de dossiers pour lesquels ils ne peuvent pas matériellement se prononcer sur le respect des critères de l'admission en non-valeur. Par ailleurs, l'admission en non-valeur est une opération comptable qui s'inscrit avant tout dans le respect de règles prédéfinies, et non une appréciation en opportunité, raison d'intervention des conseils ou conseils d'administration.

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

a) Mesure proposée

• *Transfert du recouvrement des cotisations de sécurité sociale*

Parallèlement à ce qui est engagé dans le cadre du projet de loi de finances sur le champ fiscal, le présent article vise à étendre les missions des URSSAF au recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés ou assimilés, dans le secteur privé non agricole comme le secteur public, et en particulier les cotisations suivantes :

- Les cotisations de retraite complémentaire des salariés AGIRC-ARRCO ;
- Les cotisations de retraite des agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières, des agents non titulaires de la fonction publique ainsi que les cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aujourd'hui collectées par la Caisse des dépôts et consignations. S'y adjoignent les cotisations et contributions adossées à celles-ci (cotisations finançant l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales, contribution au fonds pour l'emploi hospitalier, …) ;
- Les cotisations d'un petit nombre de régimes spéciaux (industries électriques et gazières, clercs et employés de notaires, ministres du culte). Les autres régimes spéciaux (service des retraites de l'Etat, régime d'assurance maladie des militaires, de la SNCF, de la RATP, de la Banque de France, de la Comédie Française, de l'Opéra national de Paris, du port autonome de Strasbourg, du Conseil économique social et environnemental) sont des régimes dans lesquels il n'y a qu'un seul employeur. Les caisses de ces régimes gèrent ainsi en interne ou quasiment les opérations de recouvrement avec l'employeur concerné. Le transfert du recouvrement serait ainsi susceptible de présenter un retour sur investissements plutôt négatif.

Ces transferts permettront d'unifier, de rationaliser et donc de simplifier considérablement le recouvrement actuel des cotisations et contributions de sécurité sociale pour des employeurs, qui sont déjà tous rattachés aux URSSAF pour le paiement d'une partie des cotisations et contributions sociales dues. Des travaux seront également menés pour harmoniser les dates d'envoi des échéanciers de cotisations et les modalités de calcul, de régularisation et de recouvrement des cotisations entre risques.

La mesure permettra ainsi d'accroître la lisibilité de l'organisation du recouvrement pour les cotisants, et de simplifier leurs procédures en disposant d'un seul interlocuteur en matière de cotisations sociales, tout en réalisant globalement des économies de gestion.

Ce mouvement s'appuiera fortement sur la déclaration sociale nominative (DSN) qui s'avère déjà une transformation majeure dans le champ des déclarations sociales et fiscales. La présente mesure permettra à l'entreprise de s'adresser à

un organisme unique pour tout ce qui concerne ses cotisations sociales, à tous les moments du processus de recouvrement et en particulier aux étapes suivantes :

- **La fiabilisation des données transmises.** Dès l'envoi de sa déclaration sociale nominative, l'employeur disposera en retour de toutes les informations lui signalant d'éventuelles anomalies ou erreurs dans sa déclaration ;
- **La gestion de la phase amiable du recouvrement en cas de difficultés.** L'employeur pourra bénéficier d'un accord de délais prenant en compte la totalité de sa dette sociale ;
- **La gestion du recouvrement forcé et contentieux.** En présence de difficultés avérées, l'entreprise aura une vision complète de sa situation et les mesures d'accompagnement pourront être mises en place au plus près.

La mesure engage en outre une simplification des relations entre les URSSAF et les attributaires, sur le modèle de ce que pratique la DGFiP avec les collectivités territoriales par exemple. Pour une partie de ces attributaires, l'ACOSS reversera directement les cotisations dues telles qu'elles ont été déclarées en DSN, fiabilisées et contrôlées, après application d'un taux forfaitaire réduit représentatif des charges inévitables de non recouvrement. Cette évolution est d'autant plus justifiée que dans tous les régimes des mécanismes existent déjà dans le même esprit pour ne pas pénaliser les salariés dans les cas où leur employeur n'a pas reversé les cotisations dont il était redevable. Ce modèle simple et lisible pour tous permettra d'éviter un enchevêtrement inutile des missions respectives des différents acteurs. Ceci donnera également une visibilité accrue des attributaires sur leurs ressources.

Ces mesures seront en outre renforcées par les travaux menés dans le cadre de la mission « France Recouvrement » afin de développer sur tous les terrains où cela est pertinent des synergies sur le recouvrement entre la sphère fiscale et la sphère sociale.

• *Simplification des démarches des entreprises et fiabilisation des déclarations*

Dans le cadre d'un service unifié, il est proposé de mettre à disposition des déclarants toutes les informations nécessaires à l'établissement de leur DSN qui sont calculées ou connues de l'administration. Ainsi, la DSN comportera à la fois un flux déclaratif sortant de l'entreprise vers l'administration, mais aussi un flux entrant, permettant aux organismes et administrations de communiquer les informations utiles pour qu'elles soient directement prises en compte pour l'établissement des déclarations suivantes. Ce nouveau procédé facilitera la détection par l'entreprise des erreurs qu'elle aurait pu commettre dans ses déclarations sociales et leur rectification dans les déclarations suivantes, conformément au principe du « droit à l'erreur » instauré dans la loi « ESSOC ».

Ce dispositif pourra être appliqué, outre pour la communication des taux AT-MP, pour la transmission de l'effectif, calculé à partir des déclarations de l'année passée qui est applicable pour l'ensemble des formalités sociales, puisque sa définition est aujourd'hui unifiée.

Les entreprises recevront également le résultat complet de l'exploitation de leurs déclarations, au regard de la conformité à la législations sociale, par exemple en cas d'incohérence ou d'atypies dans le calcul de leurs cotisations ou l'application des allégements généraux.

Afin de faciliter par ailleurs la correction des déclarations, l'organisme qui détectera une erreur en informera l'employeur dans un cadre coordonné. Afin de sécuriser les droits des salariés, il est prévu qu'in fine, en l'absence de correction, les organismes auprès desquels sont déposées les DSN pourront les modifier directement pour qu'elles puissent être prises en compte par l'ensemble des destinataires de la DSN. Toutefois, cette substitution des organismes aux déclarants ne sera envisagée qu'à l'issue d'un délai de carence et en dernier recours.

Un décret viendra préciser les modalités selon lesquelles, en l'absence d'opposition formelle de l'employeur dans un délai défini, les organismes pourront ainsi procéder. Cette intervention des organismes, si elle permet de garantir les droits des assurés, laissera bien entendu la possibilité pour l'entreprise de venir modifier sa déclaration à tout moment.

Complément de la prise en compte du droit à l'erreur, ce dispositif permettra aux administrations de favoriser la justesse des déclarations partagées par l'ensemble des organismes sociaux.

• *Evolutions liées au transfert du recouvrement des cotisations du régime des marins*

L'intégration du recouvrement des cotisations ENIM dans les processus des URSSAF requiert la suppression de la majoration de 2 % du montant des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs propriétaires ou affréteurs d'un navire pour les périodes pendant lesquelles leur navire n'a pas été assuré pour perte du navire en mer ou à quai. D'une part cette sanction (moins de 150 € dans la majorité des cas) est insuffisamment incitative en cas de défaut d'assurance du navire ; d'autre part, et surtout, cette règle, sans équivalent, mélange des finalités différentes et de ce fait est source de complexité. Le maintien de cette règle ferait obstacle au transfert de recouvrement aux URSSAF dans de bonnes conditions.

Il est par ailleurs proposé de rendre applicable la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) au secteur maritime en supprimant le dispositif spécifique actuellement prévu pour les marins dans le code des transports. Grâce à cette mesure, les employeurs de marins en métropole, en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin et ceux employant des marins résidant en France embarqués sur des navires battant pavillon étranger

bénéficieront du dispositif de droit commun de la DPAE. Cette mesure fera l'objet d'un accompagnement particulier, qui permettra aux employeurs de mettre progressivement en œuvre ce nouveau dispositif.

- ***Extension des échanges d'informations entre certificateurs***

Il est proposé de modifier l'article L. 141-10 du code des juridictions financières pour prévoir que, pour l'exercice de la mission de certification des comptes du régime général, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent demander aux commissaires aux comptes d'entités autres que les régimes et organismes de sécurité sociale – la fédération AGIRC-ARRCO, établissements publics de santé soumis à l'obligation de certification des comptes notamment – tous renseignements sur les opérations effectuées par ces entités ayant un impact financier significatif sur les comptes des branches et de l'activité de recouvrement du régime général.

- ***Simplifier les modalités d'admission en non-valeur des créances irrécouvrables***

La décision comptable d'admettre en non-valeur des créances sera placée sous la seule responsabilité du directeur et de l'agent comptable de l'organisme, sans risque pour la sécurité des opérations comptables ou les ressources du financement de la sécurité sociale, les critères d'admission en non-valeur étant prévus par les textes. Il conviendra de procéder également à une modification des dispositions réglementaires applicables, notamment des articles D. 133-2-1, et D. 243-2 du code de la sécurité sociale.

b) Autres options possibles

- ***Transfert du recouvrement social***

Une autre option aurait été de partager les compétences en matière de recouvrement entre les organismes, en organisant le recouvrement amiable par les caisses existantes et le recouvrement forcé par les URSSAF. Outre qu'il ne génère que des gains de gestion marginaux, ce scénario n'a pas été retenu du fait de sa complexité comme en témoignent plusieurs précédents.

Il en est de même pour un scénario dans lequel une partie du « front office », incluant des vérifications ou recalculs, serait laissé aux organismes actuels, les URSSAF n'intervenant que pour de l'encaissement.

- ***Transfert du recouvrement des cotisations du régime des marins***

En l'absence de simplification de certaines particularités du régime des marins, le recouvrement par l'URSSAF perdrait en efficience, dès lors qu'il lui appartiendrait de mener des tâches complexes éloignées de son activité usuelle.

- ***Extension du dispositif d'échanges d'informations entre certificateurs***

En ce qui concerne l'extension du dispositif d'échanges d'informations entre certificateurs des comptes, il n'y a pas d'autre option possible que celle proposée, une disposition législative étant nécessaire pour lever le secret professionnel des commissaires aux comptes dans le cadre considéré et permettre l'application des dispositions réglementaires existantes, qui fixent la procédure de demande et de recueil d'informations entre la Cour et les commissaires aux comptes, au titre des relations financières entre le régime général et les autres organismes et régimes de sécurité sociale.

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

La mesure proposée porte sur la définition du périmètre du rôle de la branche recouvrement du régime général et tend à poursuivre la simplification des modalités déclaratives et de recouvrement des cotisations. Elle a en outre des impacts financiers importants pour le régime général présentés ci-dessous. Elle se rattache, à ce titre, directement aux 2° et 3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne le dispositif d'échanges d'informations entre certificateurs des comptes, cette mesure relative à la comptabilité trouve sa place en LFSS en application du 4° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. Il en a été de même, pour le présent article, des organismes de sécurité sociale concernés par les transferts qui seront mis en œuvre.

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 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'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Le champ d'application et l'organisation de la protection sociale obligatoire relevant de compétence exclusive des États membres (jurisprudence constante de la CJUE), 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

Articles L. 133-3, L. 133-5-3, L. 133-5-3-1, L. 213-1, L. 213-1-1, L. 225-1-1, L. 243-7, L. 382-17 et L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale

Articles L. 5542-5 et L. 5549-2 du code des transports

Article L. 141-10 du code des juridictions financières

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Articles L. 243-3 et L. 243-6-7 du code de la sécurité sociale

Article L. 5553-16 du code des transports

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 (une caisse unique assume déjà l'essentiel des missions en matière de sécurité sociale)*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable à Saint-Martin. À Saint-Barthélemy l'ensemble de la gestion de la sécurité sociale relève par délégation de la caisse de MSA Poitou*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable (une caisse unique assume déjà l'essentiel des missions en matière de sécurité sociale)*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

L'expérience probante du transfert de la collecte des cotisations chômage aux Urssaf (2011) montre que le transfert de recouvrement se traduira par trois types de gains dont les effets sont ici détaillés pour les cotisations AGIRC-ARRCO sachant que des gains de même nature sont attendus pour les autres régimes :

- une amélioration de la performance du recouvrement (et donc une diminution des pertes pour créances irrécouvrables), le taux de restes à recouvrer des Urssaf étant particulièrement bas (0,84 % pour 2017). Des travaux conjoints menés avec l'AGIRC-ARRCO conduisent à établir par exemple un différentiel actuel d'0,8 point dans les taux de recouvrement des deux réseaux, soit l'équivalent de 600 M€. Même si cette proportion est susceptible d'augmenter ensuite, on peut estimer de manière prudente qu'au moins la moitié de ces sommes pourront être récupérées au moment de la mise en œuvre de la réforme ;
- l'extension du contrôle URSSAF, le précédent des cotisations chômage ayant représenté un gain d'environ 100 M€ par an. Sous réserve de l'examen attentif des conditions de mise en œuvre effective du contrôle et de son impact sur les entreprises – il ne s'agit pas, à rebours de l'objectif de la présente mesure et des principes de la loi « ESSOC » de complexifier à cette occasion les relations entre les entreprises et les organismes sociaux – un gain similaire en année pleine (à compter de 2023 donc) à celui constaté lors du transfert du recouvrement des cotisations chômage peut être anticipé lors des premières années de la mise en œuvre de la réforme ;
- des économies de gestion substantielles à terme. À titre de comparaison, le transfert en 2011 du recouvrement des contributions d'assurance chômage avait permis de libérer 1 300 ETP, redéployés au sein de Pôle emploi. La collecte des cotisations AGIRC-ARRCO mobilise pour sa part environ 2 600 ETP, soit une charge d'environ 185 M€ qui pourra être réduite dans des proportions significatives.

La répartition entre le régime général et les attributaires concernés de ces gains globaux dépendra du niveau des frais de gestion et de non recouvrement arrêtés par voie règlementaire, ainsi que, pour ce cas particulier, des montants attribués au titre du financement des charges que l'AGIRC-ARRCO continuera de supporter au moment de la réforme au titre des opérations de fiabilisation des déclarations sociales mises en œuvre dans le cadre de l'organisation commune intégrée qui sera mise en place à cette fin (cf. ci-dessous). Les tableaux suivants sont établis sous l'hypothèse provisoire d'un taux global net (frais de gestion et de non recouvrement) fixé à 1,45 % (soit 0,2 % de moins que les taux de non recouvrement actuel de l'AGIRC-ARRCO). Ils ne tiennent pas compte du montant des investissements préalables à consentir pour la conduite du projet qui sont en cours d'évaluation en lien avec les organismes impliqués.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branches du régime général					+ 150
AGIRC-ARRCO					+ 200

L'impact financier des mesures de simplification du droit des marins pour accompagner le transfert du recouvrement et la mise en œuvre de la DSN dans le secteur concerne essentiellement la suppression de la majoration pour défaut d'assurance, qui représente un défaut de ressources de 270 000 € par an environ pour l'ENIM.

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

a) Impacts économiques

La mesure accroit l'efficience de l'action publique, qui est une des conditions générales du développement économique.

b) Impacts sociaux

Cette mesure conduira à mieux garantir globalement les droits des salariés, au travers du renforcement ou du prolongement des évolutions déjà portées par la DSN, qui constituent la matrice de ce projet.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans impact.

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

Sans impact.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact.

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

Sans impact.

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

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

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

Les entreprises pourront, outre la simplicité déclarative, bénéficier de l'accompagnement d'un interlocuteur connaissant leur situation au regard de la sécurité sociale.

La mesure d'échanges dématérialisées permettra aux entreprises d'intégrer directement les informations dans leur logiciel de paye et de corriger leurs erreurs, ce qui facilitera leurs déclarations et leur relation avec les organismes de recouvrement.

b) Impacts sur les administrations publiques ou les organismes (impacts sur les métiers, les systèmes d'informations…)

En ce qui concerne le recouvrement des cotisations des employeurs du secteur privé, la réforme conduira à mettre en place une organisation de co-traitance, tenant compte des compétences et outils respectifs actuels des URSSAF et de l'AGIRC-ARRCO, dans laquelle :

- Les moyens dédiés au sein des URSSAF à la fiabilisation des données nominatives de la DSN seront renforcés par la mise à disposition opérationnelle pour compte commun, dans un cadre *ad hoc*, des outils informatiques et des collaborateurs actuellement impliqués au sein de l'AGIRC-ARRCO à cette mission. Ce dispositif de fiabilisation en amont bénéficiera à l'ensemble de la communauté des membres de la DSN (et au travers de ces organismes, aux assurés dont les droits sont assis sur les déclarations des entreprises) ;
- Les URSSAF seront seules interlocutrices des entreprises. Les équipes mobilisées des GPS interviendront, lorsqu'elles seront amenées à participer aux fonctions de « front office », au nom des URSSAF ;
- Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce dispositif, la branche recouvrement du régime général portera la responsabilité finale de la cohérence générale et individuelle de l'ensemble du processus (gestion de la politique déclarative d'ensemble, du recouvrement, gestion des comptes employeurs, communication, accompagnement des entreprises, comptabilité, contrôle interne, etc.), des conditions de sa mise en œuvre opérationnelle et de ses résultats, notamment en termes d'efficience et de qualité de la relation avec les entreprises.

Le dispositif nécessitera des évolutions importantes, bien que raisonnées, des systèmes d'information de l'ACOSS et des autres régimes. Celles-ci concerneront :

- La DSN, qui sera enrichie d'une « boucle de qualité » visant à développer et rendre plus efficient les retours faits aux entreprises par les organismes exploitant leurs déclarations. La restitution de ces informations devra faire l'objet d'évolutions, prenant en compte de fortes exigences d'ergonomie et d'expérience utilisateurs, des portails net-entreprises et URSSAF ;
- Les systèmes d'information des régimes, notamment ceux de l'AGIRC-ARRCO, au sein desquels devront être découplées les fonctionnalités assurant l'exploitation ou la vérification des déclarations de cotisations et le « report au compte » nécessaire au calcul des droits des assurés d'une part et les fonctionnalités relatives au recouvrement d'autre part ;
- Les outils mobilisés par les URSSAF, tout particulièrement en ce qui concerne la partie d'entre eux qui visent à assurer l'interlocution avec les entreprises.

Le choix retenu, reposant dans tous les cas où cela est possible, sur la rétrocession des sommes dues, sans prise en compte des sommes impayées et de leur apurement progressif, est celui qui suppose le moins d'adaptations des systèmes d'information, puisqu'il est basé sur l'exploitation, déjà en vigueur, de la DSN par les différents organismes.

D'une manière générale la réforme sera conduite au travers d'une revue attentive des différents processus impliqués afin de limiter les interactions inutiles entre ceux-ci et, notamment, éviter d'avoir à développer pour de simples raisons de transposition d'une organisation antérieure qui deviendra par construction dépassée, des interfaces massives et coûteuses déployées en temps réel entre des systèmes d'informations très vastes conçus dans des logiques historiques différentes.

En ce qui concerne les échanges d'informations entre certificateurs des comptes, la mesure a pour objet de consolider le dispositif d'audit des comptes du régime général. Elle n'a en revanche pas d'impact opérationnel sur les organismes.

c) Impacts sur le budget et l'emploi dans les organismes et les administrations publiques.

Le personnel des organismes qui assure aujourd'hui les tâches de recouvrement sera soit impliqué dans l'organisation commune mise en place pour la fiabilisation des déclarations servant à l'ouverture des droits des assurés, soit redéployé, dans le cadre des trajectoires de moyens déterminées de manière plus globale au regard de l'ensemble des missions que ces organismes ont à assurer, vers des activités de gestion des droits.

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 tirant les conséquences de l'extension du champ du recouvrement des URSSAF
- Adaptation des textes propres aux régimes spéciaux concernés
- Textes règlementaires fixant les modalités d'organisation et de pilotage des activités communes précitées. Il sera résolument veillé, sur la base des expériences passées s'étant révélées concluantes, à garantir en pratique un service performant et lisible aux entreprises
- Textes réglementaires relatifs à la garantie accordée aux attributaires en matière de rétrocession des cotisations et aux frais de gestion et de non recouvrement
- Adaptation des mesures réglementaires relatives à la DPAE aux spécifiés du régime spécial de marins
- Textes réglementaires organisant les retours vers les employeurs et la correction des déclarations, fixant la procédure et les délais au-delà desquels les URSSAF peuvent se substituer aux employeurs défaillants

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

- ***Transfert du recouvrement des cotisations de sécurité sociale des régimes salariés***

Les dispositions relatives au transfert du recouvrement des cotisations de l'ensemble des employeurs non agricoles seront mises en œuvre progressivement.

Le calendrier proposé de déploiement de la mesure, qui se superpose avec le transfert aux URSSAF du recouvrement des contributions dues au titre de la formation professionnelle et des sommes découlant de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés prévu par ailleurs, s'étalera comme suit :

2020	CAMIEG	Assurance maladie des salariés des industries électriques et gazières
2021	ENIM	Régime des marins
2022	AGIRC-ARRCO	Assurance vieillesse complémentaire du secteur privé
	CNIEG	Assurance vieillesse des salariés des industries électriques et gazières

2023	CNRACL, FEH, IRCANTEC, ERAFP	Assurance vieillesse de la fonction publique territoriale et hospitalière, Cotisations dues au fonds pour l'emploi hospitalier, Assurance vieillesse complémentaire des agents non titulaires de la fonction publique, Régime de retraite additionnel de la fonction publique (régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations)
	CRPCEN	Régime des clercs et employés de notaires
	CAVIMAC	Régime des ministres du culte

Le calendrier du transfert du recouvrement des cotisations des régimes autres que ceux visés par le présent article fait l'objet de travaux complémentaires compte tenu de la spécificité du calcul des cotisations de certaines professions et sera précisé d'ici le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Ces différentes étapes permettront que l'unification du recouvrement des cotisations sociales constitue utilement un acquis pour la mise en œuvre future de la réforme des retraites.

- ***Transfert du recouvrement des cotisations du régime des marins***

La mise en œuvre de la DPAE et des autres mesures de simplification du droit accompagnant le transfert du recouvrement et la mise en œuvre de la DSN maritime seront effectives au 1er janvier 2020.

L'ouverture des dispositifs de déclaration simplifiée pour les petits armateurs qui ne pourront pas utiliser la DSN est prévue pour le 1er janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Des campagnes de communication auprès des entreprises et des travailleurs indépendants concernés accompagneront la mise en œuvre de ces transferts.

Des dispositifs d'accompagnement pourront être mis en place auprès des experts-comptables et des éditeurs de logiciels de paye.

d) Suivi de la mise en œuvre

La réforme sera suivie en articulation avec la mission « France Recouvrement », chargée à titre transversal de la réforme du recouvrement fiscal et social. Elle fera l'objet d'un pilotage par l'administration dont les modalités s'inspireront de celles mises en place pour la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants prévues par la LFSS pour 2018.

Les différents indicateurs inscrits dans le cadre de la Convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS permettront de disposer d'informations chiffrées sur le suivi de la mise en œuvre. Le cadre conventionnel entre l'Etat et les organismes sociaux pourra évoluer néanmoins pour couvrir plus spécifiquement les différents volets du nouveau dispositif mis en place (notamment s'agissant de l'organisation commune dédiée à la fiabilisation des DSN).

L'application des mesures de simplification et d'échanges fera l'objet d'un suivi dans le cadre des instances de pilotage de la DSN.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-3 actuel	**Article L. 133-3 modifié**
Les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou à abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances ou de leurs dettes à l'égard des cotisants ou des assurés ou des tiers en deçà des montants et dans des conditions fixés par décret. L'admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.	Les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou à abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances ou de leurs dettes à l'égard des cotisants ou des assurés ou des tiers en deçà des montants et dans des conditions fixés par décret. ~~*L'admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.*~~ **Ce décret précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur.**
Article L.243-3 actuel	**Article L.243-3 modifié**
L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.	~~*L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.*~~
Article L. 133-5-3 actuel	**Article L. 133-5-3 modifié**
I.-Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.	I.-Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

II bis.-Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations, et après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations sociales, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions. La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts.	
	II ter. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des employeurs et organismes mentionnés aux I et II bis, au moyen d'un dispositif unifié, les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale.
III.-Les modalités d'application du présent article, la liste des déclarations et formalités auxquelles elle se substitue ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli ces déclarations ou ces formalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat.	III.-Les modalités d'application du présent article, la liste des déclarations et formalités auxquelles elle se substitue ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli ces déclarations ou ces formalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 133-5-3-1 nouveau
	Les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes auxquels sont destinées les données déclarées. **En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En cas de carence, les organismes auxquels la déclaration a été adressée peuvent procéder d'eux-mêmes à cette correction.** **Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes destinataires et les modalités d'organisation**

	garantissant la simplicité et le caractère coordonné des procédures qu'il prévoit.
Article L. 133-5-4 actuel	**Article L. 133-5-4 modifié**
Le défaut de production des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité. Cette pénalité est fixée par décret en Conseil d'Etat dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne pour laquelle est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude. Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations.	Le défaut de production des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ~~ou l'inexactitude des données déclarées~~ **,l'inexactitude des données déclarées ou l'absence de correction dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1** entraînent l'application d'une pénalité. Cette pénalité est fixée par décret en Conseil d'Etat dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne pour laquelle ~~est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude~~ **le manquement est constaté**. Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations.
Article L. 213-1 au 1er janvier 2020	**Article L. 213-1 modifié**
Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les salariés ou assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les salariés ou assimilés volontaires ; 2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ; 2° bis Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail ; 3° Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, autres que celles mentionnées également aux articles L. 642-1 et L. 652-6 ; 4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent	**I. –** Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent : 1° Le recouvrement **de l'ensemble** des cotisations et contributions **finançant les régimes de base ou complémentaires** de sécurité sociale **rendus obligatoires par la loi** ~~dues par les~~ **à la charge des** salariés ou assimilés ~~relevant du régime général~~**, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime et au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports,** ~~ainsi que par les~~ **et de leurs** employeurs**, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code** ainsi que par les salariés ou assimilés volontaires ; ~~2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;~~ ~~2° bis Le recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail ;~~ **2°** ~~3°~~ Le recouvrement des cotisations et contributions **finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité** sociale~~s~~ **rendus obligatoires par la loi** dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, ~~autre que celles~~ **à l'exception des cotisations** mentionnées ~~également~~ aux articles L. 642-1**, L. 644-1 et L. 644-2** et **des cotisations et contributions mentionnées aux articles** L. 652-6**, L. 652-7 et L. 652-9** ; ~~4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;~~

article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;	**3°** ~~*5° bis*~~ Le ~~*calcul et l'encaissement*~~ **recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;**
5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés à l'article L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 ainsi qu'à l'article L. 5422-11 du code du travail ;	**4°** ~~*5°*~~ Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés ~~*à l'*~~ **aux** article**s L. 5212-9,** L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9**,** ~~*ainsi qu'à l'*~~ **aux** article**s** L. 5422-11**, L. 6131-1 et L. 6331-48** du code du travail **ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;**
	5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;
	(déplacé ci-dessus)
5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;	
6° Le contrôle du recouvrement prévu aux 1° à 5° ;	6° Le contrôle ~~*du recouvrement prévu au 1° à 5°*~~ **des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme.**
7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales.	~~7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales.~~
Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.	II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.
Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.	Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.
En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.	~~*En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux,*~~ **U**ne union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences **en matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux** dans des conditions fixées par décret.
	Article L. 213-1-1 nouveau
	Les dispositions du 1° de l'article L. 213-1 ne sont pas applicables au recouvrement : **1° De la cotisation mentionnée au 2° de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;** **2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;** **3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an.**
Article L. 213-4 actuel	**Article L. 213-4 modifié**

Les cotisations et contributions mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.	Les cotisations et contributions mentionnées **à** ~~aux 2°, 4° et 5° de~~ l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
Article L. 225-1-1 actuel	**Article L. 225-1-1 modifié**
L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° Dans les cas prévus par la loi ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ; 3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ; 3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ; 3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; 4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ; 5° De centraliser l'ensemble des opérations des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, de centraliser les opérations pour compte de tiers et d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;	L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée : 1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ; 2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ; 3° ~~*Dans les cas prévus par la loi ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre*~~ 3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ; 3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ; 3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ; 3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ; 4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ; ~~*5° De centraliser l'ensemble des opérations des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, de centraliser les opérations pour compte de tiers et d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;*~~

	5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. **L'Agence centrale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.** **Par dérogation à l'alinéa précédent, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :** **a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ;** **b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.** **Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'Etat.** **Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code après le 1er janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.** **Sans préjudice de l'application des dispositions prévues aux cinq alinéas précédents, l'Agence centrale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.** **Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'Etat ;**
5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;	**5° bis De ~~*gérer,*~~ recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8** pour le compte des régimes ~~*de sécurité sociale*~~ et des fonds concernés~~*, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8*~~ **et de le répartir entre ces régimes et ces fonds conformément aux dispositions du même article ;**
6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.	6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.
7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ;	7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ; **7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ;**

8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.	8° D'assurer, en matière de marchés publics de services bancaires, la fonction de centrale d'achat, au sens de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, pour le compte des caisses nationales et des organismes locaux du régime général.
	Article L. 225-1-5 nouveau
	1° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement. **2° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.** **La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des *a*, *b*, *d*, *e* et *f* du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail.**
Article L. 225-6 actuel	**Article L. 225-6 modifié**
Les ressources nécessaires au financement du fonds national de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.	**I. Les** ~~*ressources nécessaires au financement du fonds national*~~ **charges** de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont ~~*prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale*~~ **couvertes par les branches mentionnées à l'article L. 200-2** dans des conditions fixées par arrêté interministériel. **II. Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° bis de l'article L. 225-1-1 et, le cas échéant, des troisième à septième alinéas du 5° du même article sont couvertes par les branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° de l'article L. 225-1-1 sont couvertes par la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2.**
Article L. 243-6-7 actuel	**Article L. 243-6-7 modifié**
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.	***Abrogé***

La convention 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 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. La convention précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application du deuxième alinéa du présent article, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa 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 au deuxième alinéa du présent article. La convention détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa 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. Les organismes et institutions mentionnés au deuxième alinéa du présent article utilisent les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes qui sont nécessaires à la mise en œuvre du présent article.	
Article L. 243-7 actuel	**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, 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 des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la	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, 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 des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. 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.	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 Pôle emploi des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code et le calcul de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. 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.	*~~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 Pôle emploi des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code et le calcul de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. 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, Pôle emploi, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.	*~~Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, Pôle emploi, 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.	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.
Article L. 382-17 actuel	**Article L. 382-17 modifié**
Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le	Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer *~~le recouvrement des cotisations et~~* le

versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes :assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative. (…)	versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes : assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative. (…)
Article L. 921-2-1 actuel	**Article L. 921-2-1 modifié**
Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant de l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire. Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article. Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution. L'institution mentionnée au premier alinéa du présent article est soumise au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.	Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant de l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire. ~~*Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article.*~~ Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution. L'institution mentionnée au premier alinéa du présent article est soumise au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.
Article L. 5542-5 actuel du code des transports	**Article L. 5542-5 modifié du code des transports**
I.-Le marin dispose d'un délai suffisant pour lui permettre de prendre connaissance du contrat et de demander conseil avant de le signer. Il signe le contrat et en reçoit un exemplaire avant l'embarquement. III.-L'inscription sur la liste d'équipage d'une personne appartenant à la catégorie des gens de mer dispense des formalités prévues aux articles L. 1221-10 à L. 1221-12 du code du travail.	Le marin dispose d'un délai suffisant pour lui permettre de prendre connaissance du contrat et de demander conseil avant de le signer. Il signe le contrat et en reçoit un exemplaire avant l'embarquement. ~~*III.-L'inscription sur la liste d'équipage d'une personne appartenant à la catégorie des gens de mer dispense des formalités prévues aux articles L. 1221-10 à L. 1221-12 du code du travail.*~~
Article L. 5549-2 actuel du code des transports	**Article L. 5549-2 modifié du code des transports**
Le présent titre IV s'applique également aux gens de mer autres que marins, à l'exception du III de l'article L. 5542-5 et des articles L. 5542-7 et L. 5542-8, L. 5542-15, L. 5542-17, L. 5542-21 à L. 5542-28, L. 5542-34 à L. 5542-38, L. 5542-40 à L. 5542-44, L. 5542-48, L. 5542-52, L. 5544-12, L. 5544-21, L. 5544-34 à L. 5544-41, L. 5544-43 à L. 5544-54, L. 5544-56, L. 5544-57 et L. 5546-2, ainsi que les articles L. 5542-11 à L. 5542-14 en tant qu'ils concernent le contrat au voyage.	Le présent titre IV s'applique également aux gens de mer autres que marins, ~~*à l'exception du III de l'article L. 5542-5 et*~~ des articles L. 5542-7 et L. 5542-8, L. 5542-15, L. 5542-17, L. 5542-21 à L. 5542-28, L. 5542-34 à L. 5542-38, L. 5542-40 à L. 5542-44, L. 5542-48, L. 5542-52, L. 5544-12, L. 5544-21, L. 5544-34 à L. 5544-41, L. 5544-43 à L. 5544-54, L. 5544-56, L. 5544-57 et L. 5546-2, ainsi que les articles L. 5542-11 à L. 5542-14 en tant qu'ils concernent le contrat au voyage.
Article L. 5553-16 actuel du code des transports	**Article L. 5553-16 modifié du code des transports**
Lorsque les armateurs ou propriétaires n'ont pas assuré leurs navires pour la totalité de la durée d'armement, le montant des cotisations et contributions dues au titre de la période pendant laquelle les navires n'ont pas été assurés est majoré de 2 %.	**Abrogé**

Article L. 141-10 actuel du code des juridictions financières	Article L. 141-10 modifié du code des juridictions financières
Les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre Ier du présent livre peuvent demander aux commissaires aux comptes, y compris les commissaires aux apports et les commissaires à la fusion, tous renseignements sur les organismes, sociétés et comptes qu'ils contrôlent ; ils peuvent en particulier se faire communiquer les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés.	Les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre Ier du présent livre peuvent demander aux commissaires aux comptes, y compris les commissaires aux apports et les commissaires à la fusion, tous renseignements sur les organismes, sociétés et comptes qu'ils contrôlent ; ils peuvent en particulier se faire communiquer les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés.
Les commissaires aux comptes des organismes contrôlés sont déliés du secret professionnel à l'égard des membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre Ier du présent livre, à l'occasion des contrôles que ceux-ci effectuent dans le cadre de leurs attributions.	Les commissaires aux comptes des organismes contrôlés sont déliés du secret professionnel à l'égard des membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre Ier du présent livre, à l'occasion des contrôles que ceux-ci effectuent dans le cadre de leurs attributions.
Pour l'application de l'article LO 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés au premier alinéa :	Pour l'application de l'article LO 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés au premier alinéa :
– peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et l'organisme visé par l'article L. 135-6 du même code pour le compte des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale ;	– peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et l'organisme visé par l'article L. 135-6 du même code pour le compte des **organismes, branches ou activités mentionnés à l'article LO 132-2-1** ~~*branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale*~~ ;
– peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes et régimes cités à l'alinéa précédent tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes ; ils peuvent en particulier se faire communiquer, pour l'exercice comptable sous revue, les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes ;	– peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes et régimes cités à l'alinéa précédent tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes ; ils peuvent en particulier se faire communiquer, pour l'exercice comptable sous revue, les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes**. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article LO 132-2-1 du présent code** ;
– sont habilités à communiquer aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale tous renseignements sur les opérations effectuées pour le compte de ces derniers par les organismes, branches ou activités visés par l'article LO 132-2-1, et sur les vérifications qu'ils ont opérées, en tant qu'ils sont utiles à leur mission légale de certification des comptes de l'exercice sous revue et sous réserve des dispositions de l'article L. 120-3 du présent code. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités dont une partie des opérations est gérée par les organismes, branches ou activités visés par l'article LO 132-2-1 du même code.	– sont habilités à communiquer aux commissaires aux comptes des organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale tous renseignements sur les opérations effectuées pour le compte de ces derniers par les organismes, branches ou activités visés par l'article LO 132-2-1, et sur les vérifications qu'ils ont opérées, en tant qu'ils sont utiles à leur mission légale de certification des comptes de l'exercice sous revue et sous réserve des dispositions de l'article L. 120-3 du présent code. Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes d'autres entités dont une partie des opérations est gérée par les organismes, branches ou activités visés par l'article LO 132-2-1 du même code.
Les conditions d'application du troisième au sixième alinéas sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les conditions d'application du troisième au sixième alinéas sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance actuel	**Article 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance modifié**
Les entreprises d'armement maritime sont exonérées, à compter du 1er janvier 2006, de la contribution patronale visée à l'article L. 41 pour les équipages qu'elles emploient et qui sont embarqués à bord des navires de commerce battant pavillon français affectés à des activités de transports maritimes soumises à titre principal à une concurrence internationale effective. Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables aux contributions patronales dues par ces entreprises au titre des assurances sociales des marins français contre les risques d'accident, de maladie et d'invalidité versées à la caisse générale de prévoyance des marins français.	Les entreprises d'armement maritime sont exonérées, à compter du 1er janvier 2006, de la contribution patronale visée à l'article L. 41 pour les équipages qu'elles emploient et qui sont embarqués à bord des navires de commerce battant pavillon français affectés à des activités de transports maritimes soumises à titre principal à une concurrence internationale effective. Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables aux contributions patronales dues par ces entreprises au titre des assurances sociales des marins français contre les risques d'accident, de maladie et d'invalidité ~~*versées à*~~ **gérées par** la caisse générale de prévoyance des marins français.
Article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires actuel	**Article 3 modifié de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires modifié**
Par. 1er-La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit : 1° Une cotisation obligatoire pour toutes les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ; 2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires ; 3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve. Cette cotisation sera obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à la caisse en même temps que leur cotisation personnelle, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi. 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale .	Par. 1er-La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l'article 1er de la présente loi reçoit : 1° Une cotisation obligatoire pour toutes les notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ; 2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires**. Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat** ; 3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1er. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve. Cette cotisation ~~*sera*~~ **est** obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à ~~*la caisse*~~ **l'organisme de recouvrement compétent** en même temps que ~~*leur*~~ **la** cotisation ~~*personnelle*~~ **mentionnée au 1°**~~*, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 5 de la présente loi*~~. 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale .

Par. 2-Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par le décret en Conseil d'Etat sont passibles d'une majoration.	Par. 2-Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par **voie réglementaire** ~~*le décret en Conseil d'Etat*~~ sont passibles d'une majoration.
Article 65 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale actuel	**Article 65 de la Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale modifié**
Le fonctionnaire détaché ne peut, sauf dans le cas où le détachement a été prononcé dans une administration ou un organisme implanté sur le territoire d'un Etat étranger ou auprès d'organismes internationaux ou pour exercer une fonction publique élective, être affilié au régime de retraite dont relève la fonction de détachement, ni acquérir, à ce titre, des droits quelconques à pensions ou allocations, sous peine de la suspension de la pension de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Il reste tributaire de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et effectue les versements fixés par le règlement de cette caisse sur le traitement afférent à son grade et à son échelon dans le service dont il est détaché. Dans le cas ou le fonctionnaire est détaché dans un emploi conduisant à pension du régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ou relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, la retenue pour pension est calculée sur le traitement afférent à l'emploi de détachement. L'organisme auprès duquel le fonctionnaire est détaché est redevable envers la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales d'une contribution pour la constitution des droits à pension de l'intéressé, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans le cas de fonctionnaires détachés auprès de députés ou de sénateurs, la contribution est versée par le député ou le sénateur intéressé.	Le fonctionnaire détaché ne peut, sauf dans le cas où le détachement a été prononcé dans une administration ou un organisme implanté sur le territoire d'un Etat étranger ou auprès d'organismes internationaux ou pour exercer une fonction publique élective, être affilié au régime de retraite dont relève la fonction de détachement, ni acquérir, à ce titre, des droits quelconques à pensions ou allocations, sous peine de la suspension de la pension de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Il reste tributaire de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et effectue les versements fixés par le règlement de cette caisse sur le traitement afférent à son grade et à son échelon dans le service dont il est détaché. Dans le cas ou le fonctionnaire est détaché dans un emploi conduisant à pension du régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ou relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, la retenue pour pension est calculée sur le traitement afférent à l'emploi de détachement. L'organisme auprès duquel le fonctionnaire est détaché est redevable envers **le régime géré par** la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales d'une contribution pour la constitution des droits à pension de l'intéressé, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans le cas de fonctionnaires détachés auprès de députés ou de sénateurs, la contribution est versée par le député ou le sénateur intéressé.
Article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière actuel	**Article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière modifié**
Le fonctionnaire détaché ne peut, sauf dans le cas où le détachement a été prononcé dans une administration ou un organisme implanté sur le territoire d'un Etat étranger ou auprès d'organismes internationaux ou pour exercer une fonction publique élective, être affilié au régime de retraite dont relève la fonction de détachement ni acquérir, à ce titre, des droits quelconques à pension ou allocations, sous peine de la suspension de la pension de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Il reste tributaire de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et effectue les versements fixés par le règlement de cette caisse sur le traitement afférent à son grade et à son échelon dans l'établissement dont il est détaché. Dans le cas où le fonctionnaire est détaché dans un emploi conduisant à pension du régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ou relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, la retenue pour	Le fonctionnaire détaché ne peut, sauf dans le cas où le détachement a été prononcé dans une administration ou un organisme implanté sur le territoire d'un Etat étranger ou auprès d'organismes internationaux ou pour exercer une fonction publique élective, être affilié au régime de retraite dont relève la fonction de détachement ni acquérir, à ce titre, des droits quelconques à pension ou allocations, sous peine de la suspension de la pension de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. Il reste tributaire de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et effectue les versements fixés par le règlement de cette caisse sur le traitement afférent à son grade et à son échelon dans l'établissement dont il est détaché. Dans le cas où le fonctionnaire est détaché dans un emploi conduisant à pension du régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ou relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, la retenue pour

pension est calculée sur le traitement afférent à l'emploi de détachement. L'organisme auprès duquel le fonctionnaire est détaché est redevable envers la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales d'une contribution pour la constitution des droits à pension de l'intéressé, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans le cas des fonctionnaires détachés auprès de députés ou de sénateurs, la contribution est versée par le député ou le sénateur intéressé. Si ces fonctionnaires sont remis à la disposition de leur administration d'origine pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice de leurs fonctions, ils sont réintégrés de plein droit dans leur corps d'origine, au besoin en surnombre.	pension est calculée sur le traitement afférent à l'emploi de détachement. L'organisme auprès duquel le fonctionnaire est détaché est redevable envers **le régime géré par** la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales d'une contribution pour la constitution des droits à pension de l'intéressé, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Dans le cas des fonctionnaires détachés auprès de députés ou de sénateurs, la contribution est versée par le député ou le sénateur intéressé. Si ces fonctionnaires sont remis à la disposition de leur administration d'origine pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice de leurs fonctions, ils sont réintégrés de plein droit dans leur corps d'origine, au besoin en surnombre.
Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières	
Article 16 actuel	**Article 16 modifié**
I.-A compter du 1er janvier 2005, le fonctionnement du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz est assuré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Elle est chargée de verser aux affiliés les prestations en espèces correspondantes, dans les conditions prévues au II, de recouvrer et de contrôler les cotisations, dans les conditions prévues au III, et de recouvrer et de contrôler la contribution tarifaire, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente loi. Outre les prestations mentionnées à l'alinéa précédent, la caisse est habilitée à servir des prestations complémentaires aux prestations de sécurité sociale de base, des prestations instituées par le statut national du personnel des industries électriques et gazières et des prestations instituées par des accords d'entreprise conclus avant le 1er janvier 2005. Cette gestion est organisée au moyen de conventions passées entre la caisse et les personnes morales qui lui délèguent la gestion de ces prestations. La caisse est également chargée de gérer des mécanismes supplémentaires de solidarité intraprofessionnelle entre tout ou partie des employeurs relevant du statut national du personnel des industries électriques et gazières. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est un organisme de sécurité sociale de droit privé, doté de la personnalité morale. Elle est chargée d'une mission de service public au profit des personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. Elle est placée sous la tutelle de l'Etat. Elle est administrée par un conseil d'administration comprenant pour moitié des représentants des salariés désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche des industries électriques et gazières, pour moitié des représentants des employeurs désignés par les fédérations représentatives des employeurs de la branche des industries électriques et gazières, selon des modalités définies par décret. Les	I.-A compter du 1er janvier 2005, le fonctionnement du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz est assuré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Elle est chargée de verser aux affiliés les prestations en espèces correspondantes, dans les conditions prévues au II, ~~*de recouvrer et de contrôler les cotisations, dans les conditions prévues au III,*~~ et de recouvrer et de contrôler la contribution tarifaire, dans les conditions prévues à l'article 18 de la présente loi. Outre les prestations mentionnées à l'alinéa précédent, la caisse est habilitée à servir des prestations complémentaires aux prestations de sécurité sociale de base, des prestations instituées par le statut national du personnel des industries électriques et gazières et des prestations instituées par des accords d'entreprise conclus avant le 1er janvier 2005. Cette gestion est organisée au moyen de conventions passées entre la caisse et les personnes morales qui lui délèguent la gestion de ces prestations. La caisse est également chargée de gérer des mécanismes supplémentaires de solidarité intraprofessionnelle entre tout ou partie des employeurs relevant du statut national du personnel des industries électriques et gazières. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat. La Caisse nationale des industries électriques et gazières est un organisme de sécurité sociale de droit privé, doté de la personnalité morale. Elle est chargée d'une mission de service public au profit des personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières dont le statut est fixé par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. Elle est placée sous la tutelle de l'Etat. Elle est administrée par un conseil d'administration comprenant pour moitié des représentants des salariés désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche des industries électriques et gazières, pour moitié des représentants des employeurs désignés par les fédérations représentatives des employeurs de la branche des industries électriques et gazières, selon des modalités définies par décret. Les

membres du conseil d'administration sont choisis dans le respect des dispositions de l'article des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration de la caisse est consulté sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences directes sur l'équilibre financier du régime ou entrant dans son domaine de compétences. Il rend un avis motivé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa. La Caisse nationale des industries électriques et gazières gère cinq sections relatives respectivement à l'assurance vieillesse, à l'invalidité, au décès, aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la gestion administrative. Chaque section fait l'objet d'une comptabilité distincte et est équilibrée. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse et notamment les modalités d'exercice de la tutelle, d'élection du président du conseil d'administration ainsi que de désignation du directeur et de l'agent comptable. Le personnel de la Caisse nationale des industries électriques et gazières relève du statut national du personnel des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. II.-Les personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières sont, à compter du 1er janvier 2005, affiliés de plein droit, pour les risques mentionnés au présent article, à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. La caisse leur verse les prestations en espèces correspondantes. III.-Le recouvrement et le contrôle des cotisations destinées au financement des prestations afférentes à ces risques s'effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions mentionnées au chapitre III du titre III et aux chapitres II et IV du titre IV du livre Ier et aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. La Caisse nationale des industries électriques et gazières assure ou peut déléguer par voie de convention le recouvrement et le contrôle des cotisations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces conventions sont soumises à l'approbation des autorités compétentes de l'Etat. (...)	membres du conseil d'administration sont choisis dans le respect des dispositions de l'article des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale. Le conseil d'administration de la caisse est consulté sur les projets de dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences directes sur l'équilibre financier du régime ou entrant dans son domaine de compétences. Il rend un avis motivé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent alinéa. La Caisse nationale des industries électriques et gazières gère cinq sections relatives respectivement à l'assurance vieillesse, à l'invalidité, au décès, aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la gestion administrative. Chaque section fait l'objet d'une comptabilité distincte et est équilibrée. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse et notamment les modalités d'exercice de la tutelle, d'élection du président du conseil d'administration ainsi que de désignation du directeur et de l'agent comptable. Le personnel de la Caisse nationale des industries électriques et gazières relève du statut national du personnel des industries électriques et gazières prévu par l'article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 précitée. II.-Les personnels salariés et retraités des industries électriques et gazières sont, à compter du 1er janvier 2005, affiliés de plein droit, pour les risques mentionnés au présent article, à la Caisse nationale des industries électriques et gazières. La caisse leur verse les prestations en espèces correspondantes. ~~*III. Le recouvrement et le contrôle des cotisations destinées au financement des prestations afférentes à ces risques s'effectuent selon les règles et sous les garanties et sanctions mentionnées au chapitre III du titre III et aux chapitres II et IV du titre IV du livre Ier et aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale.*~~ ~~*La Caisse nationale des industries électriques et gazières assure ou peut déléguer par voie de convention le recouvrement et le contrôle des cotisations dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces conventions sont soumises à l'approbation des autorités compétentes de l'Etat.*~~ (...)
Article 18 actuel	**Article 18 modifié**
(...) VI.-La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L.	(...) VI.-La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières ~~*dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16*~~ **selon les règles et les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre 1er ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale**. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut

152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution.	déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution.
Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.	Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.
La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie.	La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie.
VII.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.	VII.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.
X de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 actuel	**X de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 modifié**
X.-La part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du même code, fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées. Les montants correspondant à cette prise en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 dudit code après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement. La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du même code assure l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission.	**Abrogé**

Article 11 - Simplifier les démarches déclaratives et les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants

I. Présentation de la mesure

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

a) La déclaration sociale des revenus des indépendants (DSI) est largement redondante avec la déclaration de revenus à l'administration fiscale

Dans le cadre du dispositif actuel de recouvrement des cotisations sociales, il est toujours demandé aux travailleurs indépendants de déclarer, au moment de la déclaration sociale des indépendants (DSI), le montant des cotisations sociales déclaré à l'administration fiscale, afin de reconstituer l'assiette de la CSG-CRDS d'une part et afin que les organismes puissent déterminer l'assiette des cotisations et le calcul définitif des cotisations dues d'autre part. Cette sollicitation déjà peu comprise des assurés le sera d'autant moins si les cotisations déduites fiscalement ont été calculées au moyen du téléservice mis en place à cet effet. En outre, les déclarations fiscales et sociales des travailleurs indépendants sont réalisées au même moment et véhiculent des données quasiment identiques.

Plus précisément, au cours du second trimestre de l'année, les travailleurs indépendants sont tenus de déclarer le résultat fiscal de leur entreprise (liasse fiscale), la déclaration de revenus et la déclaration sociale des travailleurs indépendants.

Les travailleurs indépendants qui relèvent du régime réel d'imposition remplissent chaque année trois déclarations dématérialisées distinctes :

- Deux déclarations auprès de l'administration fiscale :
    - La première, **la déclaration de résultats professionnel (liasse fiscale)**, qui est à transmettre avant le début du mois de mai, et qui permet de déterminer le résultat de l'activité professionnelle indépendante. Cette déclaration est principalement remplie et transmise par les experts comptables pour le compte des travailleurs indépendants[1] ;
    - La seconde, la **déclaration de l'ensemble des revenus du foyer** (y compris donc le revenu professionnel), qui permet d'établir l'impôt sur le revenu du foyer, dont le dépôt dématérialisé se situe entre avril et mi-juin ;
- Une déclaration auprès de l'URSSAF :
    - La **déclaration sociale des indépendants**, qui permet à l'URSSAF d'établir le montant définitif des cotisations dues au titre de l'année précédente, dont l'échéance de dépôt intervient une semaine après celle de la déclaration de revenu fiscale dématérialisée.

Ces trois déclarations présentent entre elles des redondances sur les données demandées. L'organisation de l'administration en entités étanches a ainsi conduit à imposer aux travailleurs indépendants des démarches cumulatives, loin de l'ambition de ne demander qu'une seule fois une information à toute personne effectuant des démarches. C'est d'autant plus préjudiciable dans le cas des travailleurs indépendants qu'ils ne disposent le plus souvent que de peu de temps ou de moyens à consacrer à leurs démarches administratives.

b) De manière plus spécifique, les règles de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants à Mayotte sont inadaptées au regard de celles de la métropole et des autres départements d'outremer

La protection sociale des travailleurs indépendants à Mayotte est régie par l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Les travailleurs indépendants y sont redevables de cotisations sociales pour financer le régime de retraite de base obligatoire, le régime d'assurance maladie-maternité et le régime de prestations familiales de Mayotte, ainsi que d'une contribution maladie. L'ordonnance du 20 décembre 1996 dans le cadre d'un alignement progressif des dispositions applicables à Mayotte sur celles applicables en métropole et dans les autres départements et régions d'outre-mer prévoit une convergence **progressive des taux de cotisations pour la période allant du 1er janvier 2012 au 1er janvier 2036, en vue de leur alignement sur ceux applicables en métropole.**

[1] 8,1 millions de déclarations de résultats déposées en EDI, 200 000 déposées en EFI.

• *L'absence de dispositif micro-social simplifié à Mayotte nuit au développement de l'activité*

La protection sociale à Mayotte étant régie par des dispositions spécifiques, les dispositions du code de la sécurité sociale qui ne font pas l'objet d'une extension expresse à Mayotte ne sont pas applicables sur ce territoire. Aussi, les travailleurs indépendants mahorais ne peuvent bénéficier du dispositif simplifié micro-social.

Or, ce dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu pour les petites activités économiques paraît pourrait apporter une solution appropriée à Mayotte, du fait de certaines caractéristiques économiques (importance du travail dissimulé et des petites activités économiques) ainsi que de la volonté des pouvoirs publics de favoriser et faciliter la création d'activité.

Le calcul des cotisations sur la base d'un chiffre d'affaires plutôt que sur la base d'un revenu présente l'avantage de la simplicité, tant en termes de modalités de calcul des cotisations dues par le travailleur indépendant (taux unique de cotisation et absence de cotisations provisionnelles et de régularisations ultérieures) que de démarches administratives, en permettant via une plateforme numérique unique, autoentrepreneur.urssaf.fr, d'effectuer les démarches préalables à la création d'activité et la déclaration du chiffre d'affaires et le paiement des cotisations et contributions afférentes au fil de l'eau, à échéance mensuelle ou trimestrielle.

En outre, le téléservice dédié aux micro-entrepreneurs facilitera également les relations entre les assurés et leur organisme de sécurité sociale. Entièrement dématérialisée, la relation de service peut également depuis avril 2018 être réalisée sur une application adaptée aux téléphones mobiles. Ce mode de communication paraît lui aussi bien adapté aux caractéristiques du territoire mahorais en termes de couverture numérique et mobile.

Enfin, depuis le 1er janvier 2014, le code général des impôts et les autres dispositions de nature fiscale en vigueur dans les départements et régions d'outre-mer sont applicables à Mayotte. Les travailleurs indépendants mahorais bénéficient donc depuis cette date du régime de déclaration simplifiée micro-fiscal.

L'absence d'application du dispositif micro-social est en outre considérée comme un frein à la création d'entreprises déclarées sur ce territoire. En effet, en 2018, le taux de création d'entreprises mahorais restait parmi les plus faibles de France (8,1 % contre 15,7 % au niveau national dont 45 % sont des micro-entreprises).

Enfin, comme l'a souligné la mission interministérielle relative à l'organisation des pouvoirs publics à Mayotte, le territoire souffre du caractère excessivement informel de l'économie (2/3 des entreprises mahoraises sont informelles), ce qui a des effets tant sur la collecte des impôts, taxes et cotisations que sur les droits sociaux des entrepreneurs. Le dispositif micro-social est très bien adapté pour aider à résoudre ce problème.

• *De nombreuses dispositions relatives aux modalités de recouvrement sont moins adaptées aux besoins des cotisants qu'en métropole*

Les dispositions en matière de recouvrement des ressources des régimes de sécurité sociale à Mayotte sont définies au III de l'article 22 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 : « *la caisse* [de sécurité sociale de Mayotte assure le recouvrement des ressources des régimes maladie, maternité, invalidité, décès, prestations familiales, vieillesse, accident du travail et maladies professionnelles], *selon les règles, les garanties et les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes chargés du recouvrement des contributions et cotisations du régime général de la sécurité sociale en France métropolitaine*. ».

Cependant, en l'absence dans l'ordonnance de dispositions spécifiques relatives aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales, les règles applicables à Mayotte en termes de recouvrement diffèrent par rapport au territoire métropolitain qui ont été fixées par le décret du 16/12/1998[1], sont les suivantes :

- Le calendrier[2] et les modalités de la déclaration sociale annuelle des travailleurs indépendants. La déclaration sociale n'est pas dématérialisée comme en métropole ni calquée sur le calendrier fiscal de la déclaration de revenus. De plus, l'imprimé de déclaration sociale ne comporte que deux champs « bénéfices et déficit » alors que la DSI métropolitaine permet de détailler les revenus et exonérations déclarés par le TI ainsi que le montant des cotisations sociales calculé par ce dernier ;
- Les modalités de calcul des cotisations et contributions sociales (provisionnelle et régulation)[3] qui diffèrent de celles de la métropole puisque elles sont calculées provisoirement sur la base des revenus l'avant- dernière année connue puis régularisées en deux échéances uniquement lorsque le revenu de l'année de référence est

[1] Décret n° 98-1162 du 16 décembre 1998 fixant les règles applicables pour le recouvrement des ressources des régimes de sécurité sociale en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte et pour le placement des disponibilités de la caisse de prévoyance sociale de Mayotte.

[2] L'article 8 du décret du 16/12/98 prévoit que l'imprimé DSI est adressée chaque année au plus tard le 1er avril et est retournée au plus tard le 1er septembre tandis qu'en métropole, que l'article L. 613-5 impose la dématérialisation de la DSI et l'article R. 131-1 renvoie le calendrier de déclaration à un arrêté annuel. Dans la pratique, les dates de dépôt de DSI sont calquées sur les dates de remise de la déclaration fiscale de revenus.

[3] L'article 10 du décret du 16/12/98 applicable à Mayotte prévoit que les cotisations sont calculées à titre provisionnel sur le revenu professionnel de la dernière année connue puis lorsque le revenu professionnel de l'année à laquelle se rapportent ces cotisations est définitivement connu, les cotisations dues font l'objet d'une régulation qui est versée en deux fois au cours de l'année en cours.

définitivement connu alors qu'en métropole, les cotisations provisionnelles initialement calculées sur la base des revenus de l'avant dernière année sont réajustées en cours d'exercice sur la base du revenu de la dernière année et régularisées plus tôt dans l'année suivante. Ce dispositif permet d'assurer la contemporanéité des prélèvements au revenu ;

- Les montants des majorations[1], pénalités de retard[2] en cas de non-paiement des cotisations dues et l'assiette de taxation d'office[3] en l'absence de déclaration sociale qui sont plus importantes à Mayotte.

Ces règles, inchangées depuis la publication de ce décret, soit depuis vingt-et-un ans, ne correspondent plus à la réalité locale (départementalisation), à son économie en plein développement (développement numérique), et gagneraient à être simplifiées grâce à un alignement sur la réglementation en vigueur en métropole, globalement plus favorable en introduisant dans l'ordonnance relative à Mayotte des principes applicables en métropole en matière de recouvrement.

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

a) Mesure proposée

• *Unification des déclarations fiscales et sociales*

Les engagements du Premier Ministre en faveur des travailleurs indépendants du 5 septembre 2017 prévoient l'unification des déclarations sociales et fiscales à partir de 2021 pour la campagne des revenus 2020 afin que les travailleurs indépendants puissent déclarer de manière simultanée et immédiate via internet leurs revenus aux administrations sociales et fiscales.

La population ciblée par la mise en œuvre de ce dispositif est celle des actuelles campagnes de déclarations fiscales et sociales réalisées par les travailleurs indépendants ou leurs comptables :

- Pour le pré-remplissage de la déclaration de revenus à partir des liasses professionnelles :
  - Les entrepreneurs individuels : dès 2020
  - Les associés de SARL, EIRL : en 2021
- Pour la suppression de la déclaration sociale des indépendants :
  - Pour les travailleurs indépendants de droit commun (1 380 000) : dès 2021
  - Pour les professions médicales libérales (360 000 personnes) : prévue en 2022
  - Pour les exploitants agricoles (600 000) : prévue en 2022

La dématérialisation obligatoire liée à l'unification des déclarations sociales et fiscales reprend les obligations déjà en vigueur que cela soit en matière fiscale[4] ou sociale. Ainsi, l'article L. 613-5 du code de la sécurité sociale issu de la LFSS pour 2019 dispose que l'ensemble des travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée.

Concrètement, il sera progressivement mis en place pour les travailleurs indépendants non agricoles, une unification des démarches fiscales et sociales selon le calendrier suivant :

1. Dès le 1er janvier 2020, la mesure de la LFSS pour 2019 clarifiant les modalités de calcul des cotisations sociales à déduire de l'assiette sociale entrera en vigueur. A ce titre, l'ACOSS mettra en place un simulateur permettant aux travailleurs indépendants de calculer simplement le montant des cotisations sociales à déduire de leur assiette ;
2. Pour la campagne fiscale 2020 sur les revenus 2019, les déclarations fiscales professionnelles alimenteront automatiquement **la déclaration en ligne[5] de l'ensemble des revenus du travailleur indépendant entrepreneur individuel ; elle sera désormais pré-remplie des informations issues de la déclaration professionnelle nécessaire à l'établissement de l'impôt sur le revenu**, ce qui facilitera son parcours

[1] 10 % pour Mayotte (article 11 du décret du 16/12/98) et 5 % pour la métropole et les autres DOM (article R. 243-18 du CSS).

[2] +3 % au par trimestre écoulé (article 11 du décret du 16/12/98) et + 0,4 % par mois pour la métropole et les autres DOM (article R. 243-18 du CSS).

[3] 36 fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur à Mayotte (article 9 du décret du 16/12/1998) alors que pour la métropole et les autres DOM, la taxation d'office est calculée à partir de la moyenne des revenus déclarés au titre des deux années précédentes ou, en deuxième année d'activité, des revenus d'activité déclarés à l'administration fiscale, lorsque l'organisme de sécurité sociale en dispose, augmentés de 30 % et de 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle est notifiée la taxation. L'assiette retenue est majorée de 25 % dès la première année et pour chaque année consécutive non déclarée (article R. 243-14 du code de la sécurité sociale).

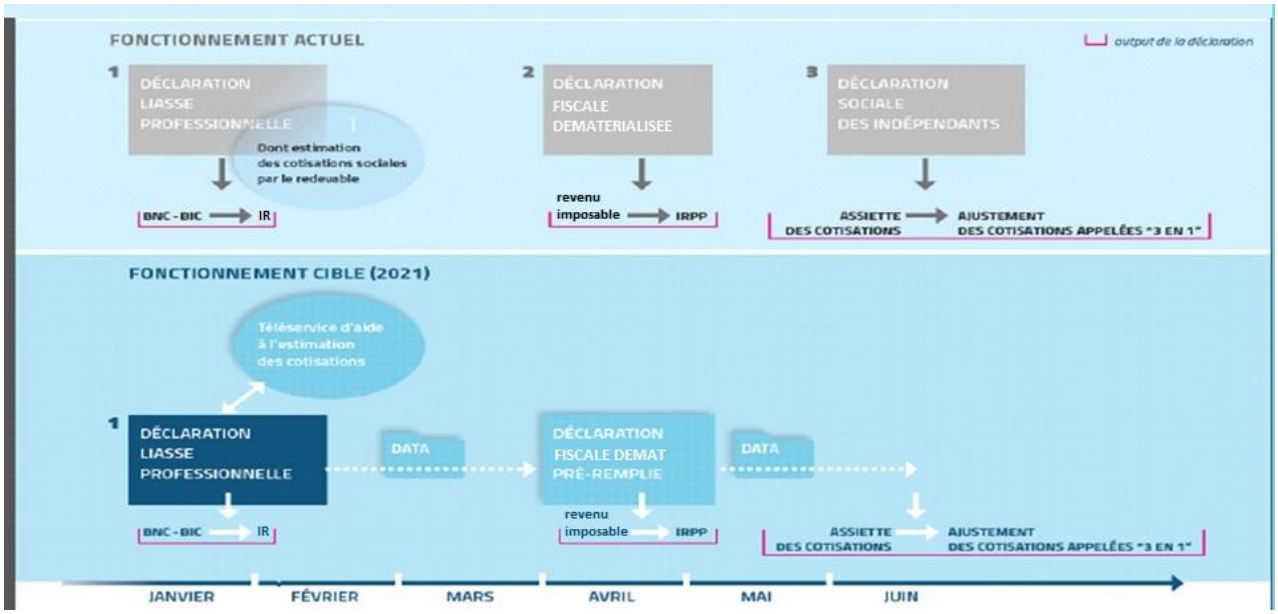
[4] Articles 1649 quater B ter et 1649 quater B quinquies.

[5] Accessible via le site impots.gouv.fr

déclaratif (pour les gérants de SARL ou d'EIRL, dont le bénéfice professionnel peut être réparti entre plusieurs associés, le pré-remplissage est envisagé à compter de 2021/2022) ;

3. En 2021 pour les revenus 2020, en sus du pré-remplissage de la déclaration fiscale, **la déclaration sociale ne sera plus demandée aux travailleurs indépendants :** les données de la déclaration fiscale en ligne de l'ensemble des revenus du foyer du travailleur indépendant seront exploitées par les URSSAF, après transmission par les services fiscaux, pour établir leur assiette sociale. A ce titre, quelques données complémentaires, qui seront uniquement visibles par les travailleurs indépendants, seront intégrées dans la déclaration fiscale de revenu qui est dématérialisée. Il s'agit de données aujourd'hui absentes dans les déclarations fiscales (car n'ayant qu'une finalité en terme de cotisations sociales) comme les revenus étrangers non imposables ou les revenus non-salariés du régime des travailleurs salariés qui sont donc à déduire de l'assiette de cotisations sociales du travailleur indépendant.

Ainsi, les travailleurs indépendants n'auront plus à remplir trois déclarations dématérialisées comportant des données similaires : la déclaration fiscale en ligne des revenus de l'ensemble du foyer sera pré-remplie à partir de la liasse fiscale professionnelle du travailleur indépendant, principalement réalisée par les experts comptables, et la déclaration sociale ne sera plus demandée par les URSSAF.



Les dispositions relatives aux majorations et pénalités liées à l'absence de déclaration sociale, à son dépôt tardif ou à une sous déclaration restent inchangées.

Seules les données des déclarations fiscales de revenus transmises à l'administration fiscale par voie dématérialisée et avant la date limite de fermeture du téléservice pourront être transmises aux URSSAF et CGSS. Les déclarations fiscales papier ou transmises après la date limite de dépôt (y compris les déclarations modificatives après la date limite de dépôt), ne vaudront pas déclarations sociales. Il appartiendra donc au travailleur indépendant de communiquer ses revenus à l'URSSAF ou à la CGSS, avec la déclaration sociale des indépendants comme aujourd'hui.

Les administrations travaillent dès à présent à une évolution prochaine de cette offre de service, afin que les déclarations modificatives transmises par voie dématérialisée après la date limite de dépôt puissent également être transmises aux URSSAF et CGSS afin de limiter les démarches du travailleur indépendant.

Les travailleurs indépendants ayant exercé durant l'année concernée uniquement sous le statut de la micro-entreprise ne sont pas concernés par cette simplification puisqu'ils ne remplissent pas actuellement de déclaration sociale annuelle auprès des URSSAF ou des CGSS mais des déclarations sociales mensuelles ou trimestrielles.

Les patriciens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), soit 360 000 déclarants, ne relèvent pas de la sécurité sociale des travailleurs indépendants mais d'un régime spécifique pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Depuis 2018, ce public transmet une seule déclaration sociale commune pour les URSSAF et la CNAVPL. C'est pourquoi, afin de prendre en compte les spécificités de leur régime et de pouvoir réaliser les travaux nécessaires à la mesure décrite ci-dessus, l'unification de leur déclaration sociale annuelle avec celle des services fiscaux pour les PAMC interviendra dans un second temps. Enfin, les travaux pour l'intégration des déclarations sociales des travailleurs indépendants agricoles doivent débuter de manière imminente.

Par ailleurs, il est également proposé de régulariser le vide juridique régissant les échanges de fichiers existants entre les URSSAF et les services fiscaux. En effet, chaque année, les URSSAF communiquent aux services fiscaux, à des fins fiscales, les informations déclarées par les micro entrepreneurs. Ces informations permettent aux services fiscaux de pré-remplir la déclaration de revenu de ces micro-entrepreneurs afin de leur faciliter leurs démarches déclaratives.

- ***Convergence des règles applicables aux travailleurs indépendants à Mayotte***

Extension du dispositif simplifié micro-social à Mayotte

La mesure proposée vise à rendre applicable à Mayotte le dispositif micro-social prévu à l'article L. 613-7 du CSS, en l'adaptant aux spécificités du système de protection sociale mahorais. En effet, les taux de cotisations mahorais évoluant chaque année afin de les rapprocher du droit métropolitain en application de l'ordonnance de 1996 et du décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 modifiant le décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et au taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte, les taux applicables micro-entrepreneurs évolueront de la même manière.

Le taux applicable aux micro-entrepreneurs sera fixé en application des taux de cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants mahorais non micro-entrepreneurs compte tenu de la convergence des taux de cotisations mahorais sur ceux applicables en métropole à l'horizon 2036 et compte tenu des abattements fiscaux (71 % pour les commerçants, 50 % pour les artisans et 34 % pour les professions libérales).

Les travailleurs indépendants mahorais bénéficient en application de l'article 28-2 de l'ordonnance de 1996 d'une exonération totale de cotisations et contributions les 24 premiers mois d'activité. Aussi, les micro-entrepreneurs mahorais ne seront redevables des cotisations fixées en application du régime micro-social tel que proposé par la présente mesure qu'à compter de la 3ème année d'activité.

A compter de la troisième année d'activité les travailleurs indépendants mahorais sont redevables de cotisations pour le financement des régimes d'assurance maladie, d'allocations familiales, de vieillesse de base, ainsi que d'une contribution sociale affectée au financement des risques maladie, maternité, invalidité et décès. En application, des articles 28-4 et 28-5 de l'ordonnance, les travailleurs indépendants mahorais bénéficient d'un abattement d'assiette de 50 % pour le calcul des cotisations d'assurance maladie maternité et d'allocations familiales.

Le taux global de cotisation applicable aux micro-entrepreneurs mahorais prendra donc en compte cet abattement de 50 % d'assiette dont bénéficient les travailleurs indépendants mahorais au réel pour le calcul des cotisations maladie et d'allocations familiales.

Pour l'année 2020, la somme des taux cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants mahorais au réel fixés par le décret du 24 juin 2019 est égale à 12 % (6,55 % de cotisations de vieillesse de base, 2,4 % de cotisation maladie-maternité, 0,7 % du cotisation d'allocations familiales et 2 % de contribution sociale). Les cotisations maladie-maternité et d'allocations familiales bénéficiant d'un abattement d'assiette de 50%, il convient de ne retenir que la moitié de leur taux (soit respectivement 1,2 % et 0,35 %) pour la détermination du taux global applicable, après application des abattements fiscaux, aux micro-entrepreneurs. Le taux global après prise en compte des abattements d'assiette est ainsi de 10,45 % pour l'année 2020, soit un taux applicable aux micro-entrepreneurs après abattement fiscal de 3,1 % pour les activités d'achat-vente (après abattement fiscal de 71 % du taux global), de 5,3 % pour les autres activité BIC (après abattement fiscal de 50%) et de 6,9 % pour les prestations de services en BNC (après abattement fiscal de 34 %).

Taux de cotisations et contributions des travailleurs indépendants à Mayotte

Année	Somme des taux de cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants au réel	Somme des taux de cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants au réel après prise en compte des abattements d'assiette	Micro entrepreneurs relevant du 1° du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts BIC achat-vente Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal	Micro entrepreneurs relevant du 2° du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts BIC autres activités Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal	Micro entrepreneurs appartenant à relevant l'article 102 ter du code général des impôts – BNC Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal
2020	12,00%	10,45%	3,1%	5,3%	6,9%
2021	13,51%	11,74%	3,5%	5,9%	7,8%
2022	15,01%	13,01%	3,8%	6,6%	8,6%
2023	16,51%	14,29%	4,2%	7,2%	9,5%

2024	18,02%	15,57%	4,6%	7,8%	10,3%
2025	19,52%	16,85%	4,9%	8,5%	11,2%
2026	21,02%	18,12%	5,3%	9,1%	12,0%
2027	22,52%	19,40%	5,7%	9,7%	12,9%
2028	24,03%	20,68%	6,0%	10,4%	13,7%
2029	25,53%	21,96%	6,4%	11,0%	14,5%
2030	27,03%	23,23%	6,8%	11,7%	15,4%
2031	28,54%	24,52%	7,2%	12,3%	16,2%
2032	30,04%	25,79%	7,5%	12,9%	17,1%
2033	31,54%	27,07%	7,9%	13,6%	17,9%
2034	33,05%	28,35%	8,3%	14,2%	18,8%
2035	34,55%	29,63%	8,6%	14,9%	19,6%
2036	36,05%	30,90%	9,0%	15,5%	20,4%

A titre de comparaison les taux applicables dans les autres départements d'outre-mer sont respectivement de 8,6 % pour les activités d'achat-vente et 14,7 % pour les autres activités relevant des BIC et pour les BNC.

Mesures relative au recouvrement

Il est proposé d'aligner la réglementation relative au recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants à Mayotte sur celle de la métropole.

Ainsi serait applicable à Mayotte :

- Le calcul des cotisations et contributions sociales de la métropole est défini à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les cotisations sont d'abord calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année, puis recalculées lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, et enfin régularisées l'année suivante, lorsque le revenu de l'exercice en cause est connu. Ce qui permet d'ajuster les cotisations dues en cours d'année aux derniers revenus connus, plus contemporains ;
- Le calendrier et les modalités de déclaration sociale, à savoir alignement sur le calendrier fiscal, l'ensemble des rubriques de la DSI métropolitaine demandées et la dématérialisation des procédures déclaratives existantes en métropole ;
- L'ensemble des règles relatives aux montants des majorations, pénalités de retard et l'assiette de taxation d'office applicables dans le code de la sécurité sociale en cas d'absence de déclaration ou de paiement des cotisations sociales dues ;

Il est à noter que les montants des majorations et pénalités de retard en cas de paiement tardif des cotisations sociales est plus favorable en métropole et dans les autres DOM qu'à Mayotte. En effet, l'article 11 du décret du 16 décembre 1998 prévoit qu'il est appliqué à Mayotte une majoration des cotisations dues en cas de non-paiement de 10 % puis 3 % supplémentaires chaque trimestre non payé, alors qu'en métropole et dans les autres DOM, cette majoration est de 5 % avec une augmentation de 0,2 % par mois (article R. 243-18 du CSS).

b) Autres options possibles

S'agissant des règles applicables aux travailleurs indépendants à Mayotte, elles auraient pu être totalement alignées sur celles applicables dans les autres départements d'outre-mer. Cependant, un tel alignement entrainerait une hausse soudaine des taux cotisations applicables à ces assurés, incompatible avec la convergence à l'horizon 2036 organisée par les textes.

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

L'unification de la déclaration sociale avec la déclaration fiscale tend à poursuivre la simplification des modalités déclaratives et de recouvrement des cotisations pour les travailleurs indépendants, pour les entreprises. A ce titre, la place de cette mesure est justifiée en loi de financement de la sécurité sociale (art. LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, V.B.3°).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions relatives au dispositif micro-social à Mayotte et à l'alignement du recouvrement ne sont pas codifiées.

Pour la mesure unification des déclarations sociales et fiscales : les travailleurs indépendants non agricoles, en dehors des PAMC et micro-entrepreneurs verront l'obligation de déclaration définie aux articles L. 613-2 et L. 613-5 du code de la sécurité sociale satisfaite dès lors qu'une déclaration de revenus a été souscrite par le travailleur indépendant.

Il est également proposé de créer un article L 98C dans le livre des procédures fiscales afin de régulariser les échanges de fichiers existants entre les URSSAF et les services fiscaux, relatifs aux micro-entrepreneurs et de toiletter les articles L. 311-3, L. 613-8 et L. 662-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	*Mesure unification des déclarations sociales et fiscales directement applicable*
Mayotte	*Mesure relative au dispositif micro-social et à l'alignement du recouvrement applicable directement* *Mesure unification des déclarations sociales et fiscales directement applicable lorsque l'alignement du recouvrement sera effectif*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure unification des déclarations sociales et fiscales directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesures non applicables* *Mesure unification des déclarations sociales et fiscales non applicable puisque ce territoire dispose de sa propre législation fiscale.*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesures non applicables*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure unifiant les déclarations sociales et fiscales est une mesure de simplification qui a donc un effet nul sur les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	202	2021	2022

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

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

a) Impacts économiques

La suppression de la DSI facilitera et simplifiera les formalités sociales.

La mise à jour des règles applicables à Mayotte et le développement du dispositif micro-social favorisera le développement de l'économie légale.

b) Impacts sociaux

Ces mesures permettent de simplifier leurs démarches administratives des travailleurs indépendants.

En facilitant la déclaration sociale des activités économiques, la mesure relative à Mayotte permet de lutter contre des phénomènes de sous déclaration. La mesure garantit ainsi une meilleure déclaration qui est la base de la constitution des droits des assurés.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

S'agissant de la mesure relative à Mayotte, les travailleurs indépendants devront déclarer leurs chiffres d'affaires et s'acquitter des cotisations afférentes mensuellement ou trimestriellement par l'intermédiaire du dispositif dématérialisé qui sera mis en place par la caisse générale de sécurité sociale de Mayotte.

Grâce à l'harmonisation des règles de recouvrement, il n'y aura plus de rupture d'égalité entre les travailleurs indépendants mahorais et métropolitains. De plus, les règles applicables et démarches à effectuer par ces travailleurs indépendants seront simplifiées par l'ouverture à ce territoire d'outils numériques devenus indispensables pour les travailleurs indépendants métropolitains et d'autres DOM. Les dispositions relatives à l'extension du dispositif micro-social à Mayotte entreront en vigueur au 1er avril 2020. L'alignement des modalités de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants à Mayotte entrera en vigueur au 1er janvier 2021.

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

S'agissant de l'extension du régime micro-social à Mayotte, l'ACOSS et la caisse générale de sécurité sociale de Mayotte seront en charge de la mise en œuvre ce dispositif et notamment du développement du téléservice permettant les déclarations et le paiement des cotisations. En ce qui concerne l'alignement à Mayotte des règles applicables en matière de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, la CSS de Mayotte devra travailler avec l'ACOSS afin d'ouvrir à cette population les outils simplifiés de déclaration sociale annuelle.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Des dispositions d'adaptation à Mayotte des règles de recouvrement des cotisations dans le cadre du dispositif micro-social devront être prises par décret en Conseil d'Etat. Le décret n° 98-1162 du 16 décembre 1998 fixant les règles applicables pour le recouvrement des ressources des régimes de sécurité sociale en vigueur dans la collectivité territoriale de Mayotte et pour le placement des disponibilités de la caisse de prévoyance sociale de Mayotte, devra notamment être toiletté.

Un décret simple devra fixer les taux de cotisations applicables aux micro-entrepreneurs mahorais.

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

Les dispositions relatives à l'extension du dispositif micro-social à Mayotte entreront en vigueur au 1er avril 2020 pour les créations intervenues à compter de cette date, afin de permettre la mise en place du dispositif. Des dispositions transitoires permettent aux personnes ayant créé leur entreprise avant cette date, d'opter pour ce nouveau dispositif.

L'alignement des modalités de recouvrement à Mayotte entrera en vigueur au 1er janvier 2021.

La fusion des déclarations sociales et fiscales entrera en vigueur à partir de la campagne déclarative de 2021 au titre des revenus 2020 pour les travailleurs indépendants non agricoles, non micro-entrepreneurs et ne relavant pas de l'article

L. 646-1. Pour les travailleurs indépendants relevant de l'article L. 646-1, la fusion des déclarations sociales et fiscales entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard au 1er janvier 2023.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Cette mesure devra faire l'objet d'une information aux assurés par les régimes concernés.

d) Suivi de la mise en œuvre

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
35° de l'article L. 311-3 actuel du code de la sécurité sociale	**35° de l'article L. 311-3 modifié du code de la sécurité sociale**
35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article 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 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.	35° Les personnes mentionnées aux ~~*8° et 9°*~~ **6° et 7°** de l'article 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*~~ **6° de l'article 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.
Article L. 613-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales.	~~*Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales.*~~ **I. Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 du présent code ont l'obligation de déclarer les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées par ce dernier. Dans le cas où il ne peut y être recouru, les travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.** **Ces organismes sollicitent et reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant. Ces informations peuvent être transmises aux organismes de sécurité sociale susmentionnés à la demande du travailleur indépendant lui-même.** **Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités de réalisation de ces échanges sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.** **II.- Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I sont tenus de procéder par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.**

	III.- Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8.
Article L. 613-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5.	~~*Les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La méconnaissance de ces obligations entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5.*~~
Article L. 613-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 613-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Les travailleurs indépendants mentionné à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application à ces travailleurs indépendants de l'article L. 242-12-1 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II, notamment les majorations et les pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs de ces travailleurs indépendants sont recouvrées simultanément, dans les mêmes formes et conditions que celles dues personnellement par ces travailleurs indépendants.	~~*Les travailleurs indépendants mentionné à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application à ces travailleurs indépendants de l'article L. 242-12-1 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II, notamment les majorations et les pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.*~~ ~~*Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs de ces travailleurs indépendants sont recouvrées simultanément, dans les mêmes formes et conditions que celles dues personnellement par ces travailleurs indépendants.*~~ **Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul.**
Article L. 622-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 662-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Les cotisations des conjoints collaborateurs autre que celles mentionnées au cinquième alinéa sont calculées, à leur demande : 1° Soit sur la base d'un revenu forfaitaire ; 2° Soit sur la base d'une fraction du revenu d'activité du chef d'entreprise. Cette fraction s'applique également aux cotisations fixées forfaitairement ; 3° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur la base d'une fraction du revenu d'activité de ce dernier, laquelle est alors déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise au titre des différents risques mentionnés à l'article L. 661-1. Les cotisations dues par les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 622-1 en vue de leur indemnisation en cas de maladie sont calculées sur la base	Les cotisations des conjoints collaborateurs autre que celles mentionnées au cinquième alinéa sont calculées, à leur demande : 1° Soit sur la base d'un revenu forfaitaire ; 2° Soit sur la base d'une fraction du revenu d'activité du chef d'entreprise. Cette fraction s'applique également aux cotisations fixées forfaitairement ; 3° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur la base d'une fraction du revenu d'activité de ce dernier, laquelle est alors déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise au titre des différents risques mentionnés à l'article L. 661-1. Les cotisations dues par les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 622-1 en vue de leur indemnisation en cas de maladie sont calculées sur la base

du montant mentionné à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 621-1 et du taux minimal résultant de l'application des dispositions suivantes du même alinéa. Le 1°, ainsi que, pour les cotisations d'assurance vieillesse de base, le 3°, ne sont pas applicables aux conjoints collaborateurs des assurés affiliés au régime institué en application du titre 5 du présent livre. Le 3° n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7. Pour l'application à ces conjoints du 1° et du 2° il y a lieu d'entendre le chiffre d'affaires ou les recettes là où est mentionné le revenu. Des décrets fixent pour chaque régime le montant du revenu et le niveau des fractions mentionnés aux 1° à 3°. Ces décrets peuvent fixer plusieurs fractions entre lesquelles les conjoints collaborateurs peuvent opter. Les cotisations des conjoints collaborateurs sont recouvrées selon les mêmes règles que les cotisations dues par les travailleurs indépendants.	du montant mentionné à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 621-1 et du taux minimal résultant de l'application des dispositions suivantes du même alinéa. Le 1°, ainsi que, pour les cotisations d'assurance vieillesse de base, le 3°, ne sont pas applicables aux conjoints collaborateurs des assurés affiliés au régime institué en application du titre 5 du présent livre. Le 3° n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7. Pour l'application à ces conjoints du 1° et du 2° il y a lieu d'entendre le chiffre d'affaires ou les recettes là où est mentionné le revenu. Des décrets fixent pour chaque régime le montant du revenu et le niveau des fractions mentionnés aux 1° à 3°. Ces décrets peuvent fixer plusieurs fractions entre lesquelles les conjoints collaborateurs peuvent opter. ~~*Les cotisations des conjoints collaborateurs sont recouvrées selon les mêmes règles que les cotisations dues par les travailleurs indépendants.*~~ **Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants.**
Livre des procédures fiscales	
	Article L 98 C du livre des procédures fiscales (nouveau)
	Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	
Article 28-11 en vigueur au 1er janvier 2020	**Article 28-11 en vigueur au 1er janvier 2020 modifié**

Les dispositions de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III bis du livre Ier du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au 1° de l'article L. 133-5-6, les mots : " ou dont les salariés relèvent du régime agricole " sont supprimés ; 2° Les 4° et 5° de l'article L. 133-5-6 sont abrogés ; 3° Au dernier alinéa de l'article L. 133-5-8, le terme ", 5° " est supprimé.	Les dispositions de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III bis **du titre III** du livre Ier du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes : 1° Au 1° de l'article L. 133-5-6, les mots : " ou dont les salariés relèvent du régime agricole " sont supprimés ; 2° Les 4° et 5° de l'article L. 133-5-6 sont abrogés ; 3° Au dernier alinéa de l'article L. 133-5-8, le terme ", 5° " est supprimé.
	Article 28-12 (nouveau)
	Les dispositions de la section 3 du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.
	Création du chapitre VI intitulé « Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants »
	Article 28-13 (nouveau)
	Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

Article 12 - Simplifier et créer un cadre de prise en compte immédiate des aides en faveur des particuliers dans le cadre des services à la personne

I. Présentation de la mesure

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

On dénombre aujourd'hui 3,4 millions de particuliers employant à leur domicile ou à celui d'une assistante maternelle près de 1,4 million de salariés, ce qui représente 1,6 milliard d'heures de travail et 8,7 Md€ de salaires nets. Ces chiffres passent respectivement à près de 5 millions de particuliers, 1,7 million de salariés, 2 milliards d'heures de travail et 13 Md€ de salaires lorsqu'on cumule tous les modes d'intervention (emploi direct et prestataires, voir plus loin). Ces activités donnent lieu à 6 Md€ de crédits d'impôt, 0,8 Md€ de dépenses fiscales en matière de TVA, 2,3 Md€ d'exonérations de cotisations sociales, 6,4 Md€ de compléments mode de garde octroyés par la branche famille, 0,9 Md€ d'autres aides versées par les caisses de sécurité sociale, 3,8 Md€ d'aides versées par les départements (notamment dans le cadre de l'APA et la PCH), 0,3 Md€ de financements accordés par les employeurs des particuliers utilisateurs, financements qui sont entièrement défiscalisés et exclus de l'assiette des cotisations sociales.

Si les particuliers, qui ont recours à des services à la personne pour répondre à une situation de fragilité (handicap, grand âge) ou pour répondre à des besoins du quotidien (ménage, jardinage…) peuvent employer directement la personne qui intervient à leur domicile, ils peuvent également s'appuyer sur des intermédiaires dont le rôle va de la simple mise en relation avec le cas échéant l'intermédiation du versement de la rémunération nette ou y compris cotisations (mode dit « mandataire ») jusqu'au recours à une association ou entreprise qui facture ses prestations (mode dit « prestataire » dans lequel la nature juridique des relations entre acteurs est différente puisque c'est l'association ou l'entreprise qui assume en droit le rôle d'employeur). En outre, des émetteurs de titres spéciaux de paiement (dénommés parfois, « CESU préfinancés » même si le dispositif n'a de fait pas de rapport direct avec le dispositif général du CESU utilisé par l'ensemble des particuliers employeurs) peuvent intervenir entre les financeurs (employeurs ou départements notamment), les particuliers employeurs et les salariés ou entreprises prestataires pour l'octroi et l'utilisation des aides financières.

Du fait de la multiplicité des acteurs et des flux financiers, le recours aux services à la personne souffre parfois d'un manque de lisibilité pour les ménages en termes de coût effectif pour les ménages, et surtout de la nécessité pour ces derniers d'effectuer le versement par avance pour de bénéficier des aides auxquelles ils ont droit : les crédits d'impôts ne sont définitivement versés qu'un an après la consommation des services, et les aides des conseils départementaux sont versées selon un calendrier variable, qui n'est que rarement synchronisé avec celui de la consommation des services. Ces faiblesses des dispositifs actuels sont d'autant plus handicapantes qu'elles touchent des ménages aux ressources modestes. Elles concourent à la sous consommation des plans d'aides en matière de perte d'autonomie.

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

a) Mesure proposée

Pour cette expérimentation, il est proposé d'adosser au dispositifs CESU + un « compte individuel » centralisant et affichant les droits des utilisateurs aux crédits d'impôt et aides mobilisables pour le paiement de services à la personne qui concernera en premier lieu les personnes âgées et handicapées en situation de dépendance qui résident à leur domicile. Il s'agit de celles pour qui l'enjeu financier lié aux avances de frais peut être particulièrement sensible.

Elle sera menée dans deux départements, a priori ceux du Nord et de Paris, dès juillet 2020, en vue d'une généralisation qui pourra intervenir progressivement à compter de 2021.

Le dispositif expérimental sera mis en place sur une base volontaire, d'une part, pour les utilisateurs du CESU, et sera ouverte uniquement à ceux ayant opté pour le service « Cesu + », c'est-à-dire les particuliers qui ont choisi de confier aux URSSAF non seulement le calcul des cotisations sociales mais aussi le versement du salaire et le prélèvement de l'impôt à la source ; d'autre part pour les utilisateurs de services prestataires d'aide à domicile.

Il permettra aux familles participant de déduire dès le paiement du service les aides financières au titre de l'APA, de la PCH, et du crédit d'impôt auquel elles peuvent prétendre, sans faire d'avances de trésorerie comme elles doivent le faire aujourd'hui. Elles pourront ainsi bénéficier « à la source » de l'ensemble des aides auxquelles elles ont droit pour employer un salarié à leur domicile, ce qui permettra une réduction immédiate du coût des services à la personne et ainsi de favoriser le recours à ces services et l'emploi dans ce secteur. Le « compte individuel » restituera le détail des aides financières attribuées et effectivement consommées pour les caractéristiques (durée, rémunération) des activités concernées.

Le montant du crédit d'impôt sera avancé par la branche recouvrement au titre du dispositif, puis notifié à la DGFiP. L'acompte déjà mobilisé au titre du dispositif sera déduit du crédit d'impôt services à la personne effectué au moment de la liquidation de l'impôt ainsi que du calcul de l'avance versée aux contribuables en début d'année par la DGFiP. Le cas échéant une régularisation directe du crédit d'impôt pourra intervenir pour les particuliers, pour le compléter pour les foyers ayant dépassé le plafond inscrit sur les comptes de centralisation des aides.

Cette expérimentation doit démontrer le bon fonctionnement technique du dispositif de centralisation d'aides et d'interaction avec toutes les parties prenantes (utilisateurs, financeurs, prestataires), préalable à la généralisation du dispositif pour toutes les personnes bénéficiaires d'aides sociales facilitant le maintien à domicile des personnes dépendantes (APA et PCH), puis à l'ensemble des utilisateurs de services à la personne puis aux parents dans le cadre de l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile. Elle sera portée principalement par l'ACOSS, avec la participation active de l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquels les deux conseils départementaux concernés et quelques entreprises, associations ou services prestataires.

Plusieurs organisations professionnelles du secteur ont déjà fait connaître leur volonté de participer à la réussite de l'expérimentation. En raison de ses finalités principalement techniques, et afin de garantir un suivi personnalisé à tous les expérimentateurs, cette phase de tests devrait mobiliser un nombre préfixé d'utilisateurs (quelques centaines dans un premier temps, quelques milliers ensuite). Le recrutement de ces expérimentateurs volontaires, jusqu'à l'atteinte du nombre souhaité, sera effectué avec l'aide des conseils départementaux qui leur versent des prestations, des prestataires retenus, eux-aussi dans la même logique d'un nombre prédéfini, et du centre national CESU. L'ensemble des administrations concernées veilleront à leur assurer un accompagnement attentionné tout au long de l'expérimentation.

Dans le cadre de la généralisation envisagée, le principe restera le même que celui testé dans cette expérimentation : le compte individuel d'aide sera alimenté soit de manière individuelle par les financeurs (départements notamment) accordant des plans d'aides personnalisés, soit de manière plus automatique pour les aides (dont le crédit d'impôt) dont le bénéfice est a priori ouvert à toute personne répondant à des critères objectifs et universels. Dans ce dernier cas des vérifications seront néanmoins effectuées en lien avec le DGFiP pour s'assurer de la bonne identification des foyers fiscaux concernés et éviter des risques de double paiement du crédit d'impôt. Le dispositif permettra, selon les cas et dans les conditions exprimées par les financeurs, de mobiliser les aides dont les ménages bénéficient :

- de façon automatique dès qu'une période d'emploi fera l'objet d'une déclaration

- ou bien, au coup par coup, à l'initiative des particuliers souhaitant mobiliser une partie des aides dont ils peuvent disposer.

Le dispositif général restera modulaire et non contraignant, chacun restant libre de l'utiliser ou de continuer à utiliser les modes actuels de relations.

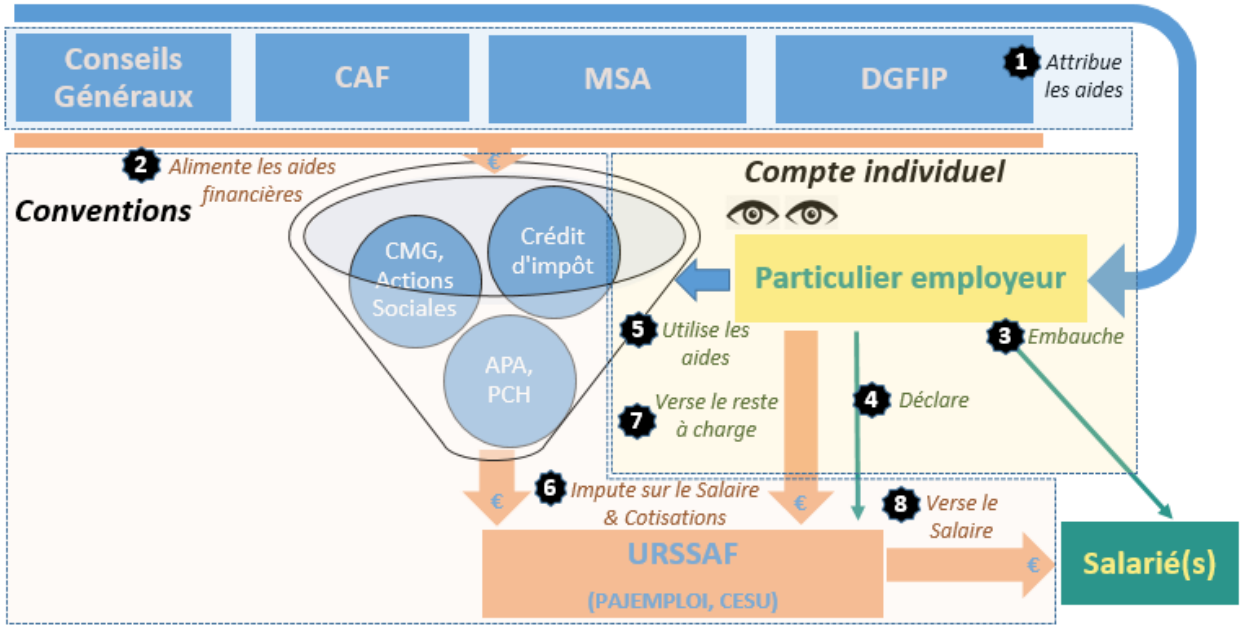
La constitution du dispositif technique cible s'appuiera sur la mise en œuvre récente de « CESU+ » et de « Pajemploi+ », ouverts aux particuliers employeurs, qui permettent de prendre en compte immédiatement les aides auxquelles ils ont droit comme c'est actuellement le cas avec le Complément libre choix du mode de garde pour les jeunes parents.

S'y ajoutera un dispositif spécifique de gestion permettant d'imputer les aides en cas de recours à un service prestataire. Ce dernier n'aura pas communication des aides publiques dont bénéficient ses clients, cette information n'ayant pas vocation à être connue de lui. Soit ces aides seront versées aux particuliers dès lors que le caractère effectif de la prestation réalisée pourra être attesté, soit, si le prestataire et son client souhaitent retenir cette possibilité inspirée du fonctionnement du « Cesu + », la nouvelle plateforme mise en place paiera l'intégralité du service au prestataire et prélèvera parallèlement sur le compte du particulier le montant correspondant net des aides dont il dispose.

Diagrammes des flux

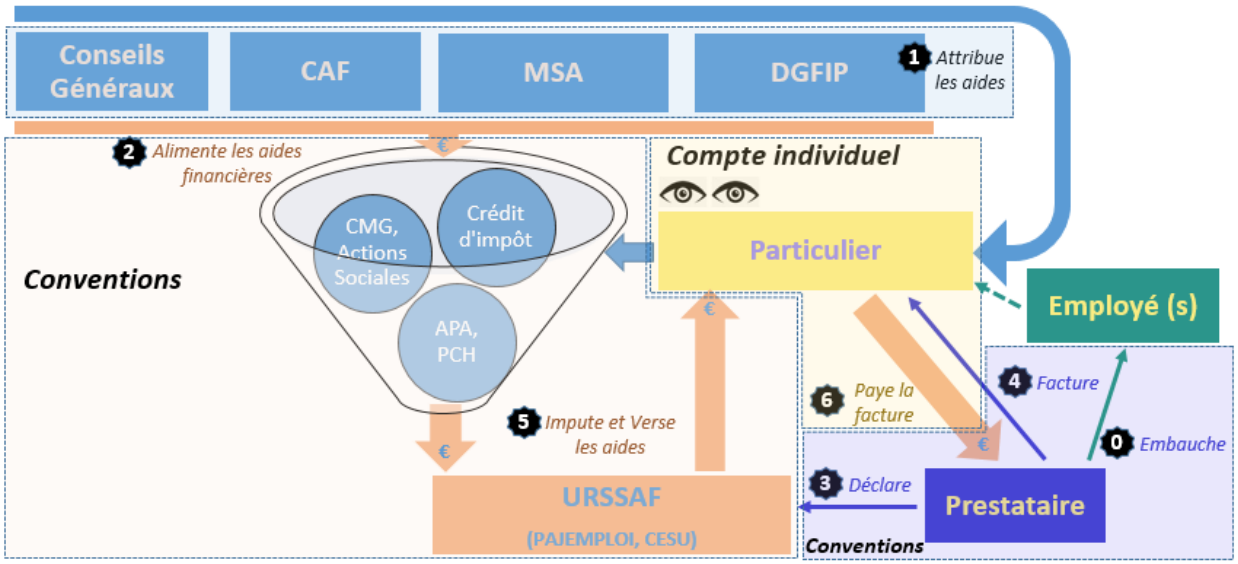
Emploi direct :

Pour les bénéficiaires des aides ayant recours à l'emploi direct, cette expérimentation consiste en l'adossement, aux dispositifs CESU d'un compte individuel d'aides financières attribuées et mobilisables pour chaque particulier employeur. Le dispositif envisagé permettra ainsi d'imputer les différentes aides (APA, PCH, Crédit d'impôt) de façon automatique, ou personnalisé, lors du paiement des salaires, cotisations et contributions sociales relatives aux déclarations effectuées à partir du dispositif CESU. En outre, le compte individuel restituera un détail individualisé des aides financières attribuées, consommées et restantes pour chaque particulier.



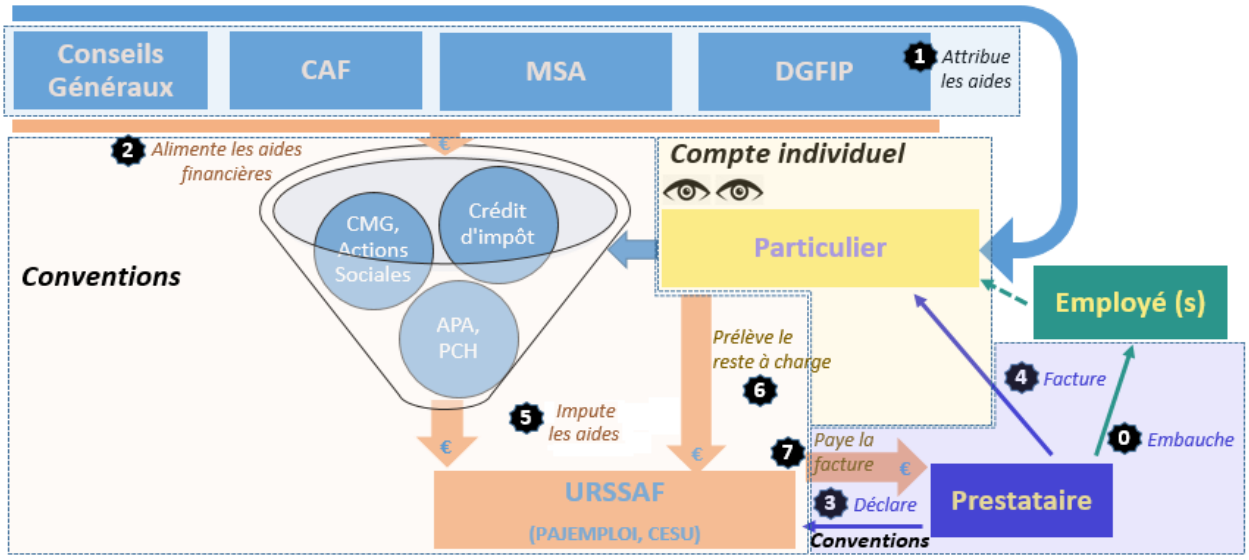
Emploi indirect :

Pour les bénéficiaires des aides ayant recours à l'emploi indirect, via des organismes prestataire de service, cette expérimentation consiste en l'adossement d'un compte individuel d'aides financières attribuées et mobilisables pour chaque particulier. Le dispositif envisagé permettra le bénéfice immédiat de toutes les aides (APA, PCH, Crédit d'impôt) aux particuliers faisant réaliser des prestations par un organisme relevant du champ des services à la personne. Le compte individuel restituera également un détail individualisé des aides financières attribuées, consommées et restantes pour chaque particulier.



Emploi indirect optionnelle :

Pour les bénéficiaires des aides ayant recours à l'emploi indirect, via des organismes prestataire de services, une option sera mise en place et permettra de déléguer le paiement de la facture du prestataire à l'organisme de recouvrement qui prélèvera sur le compte du particulier uniquement le reste à charge après imputation des aides (APA, PCH, Crédit d'impôt) sur le montant total de la facture.



b) Autres options possibles

Différentes options alternatives ont été étudiées et écartées :

- La mise en place d'une déclaration régulière par les utilisateurs, de leurs dépenses de service à la personne, scénario qui présente de fortes contraintes en gestion pour les ménages comme pour les administrations, sans pour autant atteindre l'objectif de prise en compte immédiate des aides, dès la consommation du service ;

- Le préfinancement bancaire du crédit d'impôt, à l'instar de ce qui a été pratiqué pour le CICE, qui ferait intervenir des acteurs supplémentaires et présente notamment l'inconvénient de consacrer une partie des sommes versées par les pouvoirs publics à la rémunération de l'organisme bancaire assurant le préfinancement.

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

La mesure, en organisant des modalités nouvelles de versement des prestations, et en prévoyant les conditions de l'avance par les organismes de sécurité sociale d'aides financières pour le compte d'autres organismes et administrations participant à l'expérimentation ainsi que les modalités de remboursement par ces derniers des prestations ainsi supportées par la sécurité sociale, est directement relative à la trésorerie des organismes de sécurité sociale, , et relève à ce titre de la LFSS en application du 4° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En outre, la mise en place d'un dispositif d'imputation immédiate d'aides sociales et fiscales sur le prix payé par les particuliers employeurs a pour objectif de mettre en évidence qu'il est aussi, voire plus, avantageux, de déclarer l'emploi d'une personne à leur domicile plutôt que de recourir au travail illégal. En ce sens, cette mesure est de nature à accroître l'emploi salarié régulièrement déclaré, les ressources de la sécurité sociale et les droits des salariés concernés, et relève à ce titre de la LFSS en application du 2° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Enfin, la mise en place d'un circuit simplifié optionnel de paiement entre les prestataires de services et les particuliers par l'intermédiation de l'ACOSS modifie le processus de rémunération du prestataire ainsi que d'octroi des prestations sociales auxquelles un particulier peut prétendre, qui du fait de l'unicité des flux financiers engendrés modifie les modalités de recouvrement, et relève à ce titre de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

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	*Non concerné par l'expérimentation (Dispositif CESU non déployé)*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure applicable aux personnes domiciliées fiscalement à Saint-Barthélemy ou Saint-Martin depuis moins de 5 ans.* *(Article LO6214-4 et LO6314-4 du Code général des collectivités territoriales)*
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 s'agit d'une mesure relative à la trésorerie, dont l'impact financier est neutre et les coûts de développement sont très limités. L'avance de versement des aides financières consenties dans le champ de l'expérimentation se traduira par un impact direct en trésorerie inférieur à 0,5 M€.

L'avance de trésorerie concédée lors du reversement du crédit d'impôt contemporain concomitamment au versement de l'acompte de crédit d'impôt relatif à l'exercice précédent impactera financièrement la DGFIP.

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

a) Impacts économiques

Plusieurs analyses tendent à montrer que la clarification du prix net final supporté par les ménages et l'absence d'avance de trésorerie serait favorable au recours aux services à la personne et donc à la création d'emplois dans ce secteur.

L'expérimentation couvrira quelques bénéficiaires de l'APA, de la PCH et du crédit d'impôt sur des départements désignés par arrêté.

Couvrant près de 1,1 million de personnes dépendantes bénéficiaires de l'APA, 270 000 personnes en situation de handicap bénéficiaires de la PCH, et 850 0 00 parents bénéficiaires de la PAJE, le dispositif mise en place modernise le versement des prestations sociales :

- 6,4 Md€ au titre du compléments mode de garde octroyés par la branche famille ;
- 3,8 Md€ au titre d'aides versées dans le cadre de l'APA et de la PCH par les départements.

Par ailleurs, le dispositif cible se positionne comme un instrument majeur dans la politique de redistribution en accélérant le versement de certaines aides publiques parmi celles existantes au secteur des services à la personne:

- 4,7 Md€ au titre du crédits d'impôt ;
- 0,8 Md€ au titre des dépenses fiscales en matière de TVA ;
- 2,3 Md€ au titre des exonérations de cotisations sociales ;
- 0,9 Md€ au titre d'autres aides versées par les caisses de sécurité sociale ;
- 0,3 Md€ au titre défiscalisation diverses accordés par les employeurs des particuliers utilisateurs.

b) Impacts sociaux

En supprimant les avances effectuées par les ménages, à court terme dans le cas des aides des conseils départementaux ou à long terme (en N+1) dans le cas des aides fiscales, la mesure doit faciliter la consommation de services à la personne, pour les personnes en situation de fragilité socio-économique (handicap, grand âge…) ou pour les personnes qui ont recours à des services de confort non indispensables. La mesure doit contribuer à une meilleure prise en charge des

besoins sociaux en levant les freins économiques à la consommation de services (par exemple en optimisant le taux de consommation des plans d'aide), en mettant en perspective le coût réel qui inciterait à la réduction du travail non déclaré et fiabiliserait l'assiette du crédit d'impôt lié à l'emploi d'un salarié à domicile.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans impact sur les jeunes

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

Mesure de simplification favorable pour toutes les personnes handicapées qui ont besoin d'une aide à domicile liée à leur situation de dépendance.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact sur l'environnement

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

Sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

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

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

Le dispositif permettra une forte simplification pour les particuliers puisqu'elle permettra, au-delà même de ce qui est mis en place cette année avec les dispositifs « CESU + » et « PAJEMPLOI + », de réduire leurs démarches et d'éviter des flux financiers croisés peu lisibles. Le dispositif permettra également un meilleur pré-remplissage des informations relatives aux dépenses éligibles aux CI SAP pour les usagers au moment de leur déclaration de revenus. La collecte des autres aides perçues améliorera la fiabilité des déclarations fiscales.

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

La mesure nécessite des évolutions significatives du système d'information de l'ACOSS. Ceux-ci seront conduits en mode agile en associant dès la conception un panel d'utilisateurs et d'acteurs volontaires.

La mesure nécessite également des évolutions des systèmes d'information de la DGFiP et des Conseils départementaux pour l'émission et la réception des flux d'information.

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

Des moyens dédiés seront dégagés en faveur de l'Acoss dans le cadre d'un dispositif de mutualisation entre caisses nationales mis en place pour les projets de transformation publique transversaux au sein de la sécurité sociale.

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

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

Décret listant les départements concernés par l'expérimentation.

Décret fixant le plafond annuel de l'aide imputable sur le crédit d'impôt services à la personne

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'expérimentation sera mise en place au second semestre 2020, a priori avec les départements de Paris et du Nord ainsi que des organismes prestataires de services partenaires qui exercent dans le secteur de l'aide à domicile. Après prise en compte des retours sur cette expérience, le dispositif pourrait être progressivement généralisé à partir de 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mise en œuvre de l'expérimentation s'appuiera sur les sites grand public dédiés cesu.urssaf.fr. Elle devrait en outre être relayée par les grands acteurs associés à la mise en place du dispositif (ADMR, ADF, FEPEM, etc.)

d) Suivi de la mise en œuvre

Le dispositif fera l'objet d'un suivi particulier comme c'est le cas pour toutes les offres de service de la branche recouvrement. Des bilans annuels figurent notamment dans l'annexe 3 de chaque PLFSS.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni modifie de dispositif codifié.

Article 13 - Simplifications pour les cotisants et renforcement de la sécurité juridique

I. Présentation de la mesure

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

L'intervention du législateur doit permettre de mettre en œuvre les moyens nécessaires à une relation de confiance établie.

a) La dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales n'est pas totalement achevée

La généralisation de la DSN a permis l'achèvement de la dématérialisation des déclarations sociales des employeurs. En effet, 100% des 1,7 million de DSN sont dématérialisées ; les titres simplifiés ouverts aux petites entreprises non dotées de la DSN sont quant à eux dématérialisés à 99% (titre emploi services entreprises) voire 99,9% (Chèque emploi associatif)

la dématérialisation des modalités de paiement des cotisations et contributions sociales par les employeurs est quant à elle prévue par l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale qui pose le principe de la dématérialisation au-delà d'une somme déterminée par décret. Ce montant varie selon les catégories d'employeurs. L'article D. 133-10 du code de la sécurité sociale autorise, pour les employeurs privés, le paiement non dématérialisé des cotisations et contributions sociales dont le montant total sur l'année n'excède pas 20 000 euros. Lorsque le montant annuel varie entre 20 000 euros et 7 millions d'euros, le paiement doit se faire par ordre de télépaiement ou virement bancaire. Au-delà de 7 millions d'euros, le paiement doit se faire par virement bancaire. L'article D. 133-12 du code de la sécurité sociale autorise, par exception, pour les employeurs publics, le paiement non dématérialisé des cotisations et contributions sociales dont le montant total n'excède pas 50 000 euros. Au-delà, le paiement doit se faire par virement bancaire.

État de la législation en vigueur

	Montant annuel des cotisations et contributions sociales	Obligation de dématérialisation du paiement
Employeur privé	> 7 M€	Oui – uniquement par virement bancaire
	> 20 000 €	Oui – par ordre de télépaiement ou virement bancaire
	< 20 000 €	Non
Employeur public	> 50 000 €	Oui – uniquement par virement bancaire
	< 50 000 €	Non

En pratique, les moyens de paiement non dématérialisés sont en rapide décroissance. Entre 2016 et 2018, l'utilisation des chèques a diminué de 36% et le recours aux espèces de 50%. Les sommes payées par voie non dématérialisée sont résiduelles puisqu'elles représentent 1% du montant total recouvré en 2017, à savoir 5,2 Md€ sur les près de 500 Md€ d'encaissements.

Evolution du nombre des paiements non dématérialisés des cotisations et contributions sociales

	Nombre d'opérations			Montants (en milliards d'euros)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Chèques	11 millions	9 millions	7 millions	11,2 Md€	8,1 Md€	5,2 Md€
Espèces	100 000	90 000	50 000	18 M€	13 M€	7 M€

Plusieurs raisons justifient de mettre en œuvre la suppression des moyens de paiement non dématérialisés.

En premier lieu, cette procédure n'est pas efficiente, tant pour les organismes que pour les cotisants, car elle génère des frais de gestion importants ainsi que des risques élevés d'erreurs et d'anomalies qui ont des répercussions dans les

relations avec les cotisants. Deux modalités de paiement non dématérialisé sont aujourd'hui encore à la disposition des cotisants.

- D'une part, le paiement par chèque qui représente encore 7 millions de chèques par an dont le coût de traitement unitaire est très élevé (3 euros / chèque), soit 21 millions d'euros de coûts de gestion pour les organismes.
- D'autre part, le paiement en espèces, qui n'est plus réalisé directement en pratique. Afin d'éviter le dépôt d'espèces physiques au guichet, une solution de gestion des paiements en espèces a été conclue par convention avec un partenaire bancaire qui en assure l'encaissement, pour des coûts de gestion élevés. Ce système présente également un coût pour les cotisants qui doivent s'acquitter d'une somme de 5 euros au titre des frais de gestion à chaque opération.

En deuxième lieu, ces modalités de paiement présentent des risques relatifs à la fraude qu'elle soit interne (ce qui mobilise des moyens de contrôle *ad hoc*) ou externe (chèques non provisionnés, retards postaux…), voire sur la provenance des fonds elle-même. Elles allongent en outre les délais d'encaissement et donc de mise à jour du compte cotisant ce qui est défavorable aux employeurs et les place en situation d'incertitude.

Ainsi, les dispositions de l'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale, en ce qu'elles prévoient des exceptions au principe de dématérialisation des paiements, alors même que, sauf pour les particuliers, les déclarations sociales sont quant à elles toujours réalisées par voie dématérialisée, ne sont pas adaptées à l'évolution des moyens techniques de paiement et empêchent la suppression d'un mode de paiement résiduel.

b) Le périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité sociale en cours de constitution n'englobe pas la totalité de la doctrine relative aux prélèvements sociaux

La sécurisation juridique des règles sociales constitue un enjeu majeur qui doit notamment permettre l'accessibilité de la doctrine opposable.

En son article 20, la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance (dite loi ESSOC) a modifié comme suit le code des relations entre le public et l'administration (CRPA) :

● la loi a tout d'abord élevé au niveau législatif le principe de l'abrogation des circulaires non publiées, qui n'existait auparavant qu'au niveau réglementaire (cf. article L. 312-2, premier alinéa, du CRPA) ;

● parallèlement, elle a consacré l'opposabilité des circulaires émanant des administrations de l'État dès lors qu'elles ont été publiées sur un site Internet dédié (cf. article L. 312-3 du même code).

S'agissant des cotisations et contributions de sécurité sociale, l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale dispose qu'à compter du 1er janvier 2019, un site internet présentera l'ensemble des circulaires relatives aux allègements généraux (cf. article L. 243-6-2 précité, en son III créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018).

Il convient de poursuivre le mouvement déjà engagé pour les cotisations et contributions. En effet, l'administration a développé une doctrine sociale en matière de prélèvements sociaux qui n'est pas aujourd'hui directement accessible de façon consolidée. Ainsi, pour accéder aux textes infra-réglementaires existants, le cotisant doit procéder à des recherches sur différents sites Internet, notamment le site securite-sociale.fr ou encore le site urssaf.fr, et repérer les diverses circulaires dont les dispositions opposables sont éparses.

L'instauration dans la loi du principe de la création du BOSS a permis de consacrer un chantier prioritaire en termes de sécurisation juridique qu'il convient d'élargir. Ce site a en effet vocation à servir à terme de seule référence pour l'ensemble des règles en la matière avec pour corollaire la disparition des circulaires. Il aurait pour conséquence d'améliorer structurellement les modalités d'information sur le droit applicable, de mise à jour des taux, des barèmes et de tous les paramètres à prendre en compte dans les logiciels.

c) La modulation des sanctions en cas de travail dissimulé n'est ouverte qu'à une partie des cas de fraude

La loi prévoit en cas de travail dissimulé l'annulation des réductions ou exonérations dont avait bénéficié l'employeur ou le travailleur indépendant poursuivi pendant les 5 années précédentes. Depuis la LFSS pour 2019, il est toutefois possible de moduler le montant de l'annulation des exonérations en fonction de la gravité de l'infraction commise sur ce motif, sauf dans les cas de travail dissimulé les plus graves. Toutefois, cette procédure n'est pas applicable, dans sa rédaction actuelle, lorsque les faits concernent plusieurs salariés. Or il est tout à fait possible que, dans une entreprise de grande ou moyenne taille, les faits de travail dissimulé ne concernant qu'une partie très limitée de l'activité puissent néanmoins impliquer plus d'un salarié. Cette clause paraît donc très restrictive.

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

a) Mesures proposées

• *Généraliser la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales pour sécuriser et simplifier les relations financières*

La mesure prévoit de supprimer la possibilité laissée aux employeurs, par exception, de s'acquitter du montant de ces cotisations et contributions par voie non dématérialisée (espèces ou chèques). Ce changement s'inscrit dans la continuité des réformes législatives qui ont imposé le paiement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants par voie dématérialisée sans plafond de revenu professionnel (loi de financement de la sécurité sociale de 2019) et le paiement en ligne des impôts des entreprises auto liquidés (TVA et impôts sur les sociétés).

Les particuliers employeurs sont eux aussi soumis à l'obligation de payer les cotisations et contributions sociales de manière dématérialisée, à l'exception toutefois de ceux qui ne sont pas tenus de réaliser par voie dématérialisée leur déclarations de revenus au titre de l'impôt sur le revenu, qui sont dispensés de l'obligation de dématérialisation de leurs déclarations sociales, mais restent soumis aux mêmes conditions en matière de paiement.

Ainsi, et paradoxalement, le paiement des cotisations et contributions sociales des employeurs reste le dernier domaine dans lequel il est possible de payer par chèque et espèces. La mesure permet, au-delà du paiement des cotisations par voie dématérialisée, de finaliser l'obligation d'émettre les déclarations aux organismes sociaux par voie dématérialisée, qui a été largement atteinte avec la généralisation de la DSN en 2017, mais demeurait résiduellement possible pour d'autres déclarations, en particulier la DPAE la DPAE et certaines contributions pharmaceutiques.

Montée en charge de la dématérialisation des paiements

À partir de 2007	Les cotisants redevables de plus de 7 millions d'euros de cotisations et contributions sociales, ainsi que les administrations et collectivités territoriales doivent obligatoirement le faire par virement pour les cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1er janvier 2007.
À partir de 2012	La loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives, dite « Warsmann », abaisse le seuil d'obligation d'effectuer les déclarations et le paiement de ces déclarations sociales par voie dématérialisée de 150 000 euros à 100 000 euros à compter du 1er janvier 2012.
À partir de 2013	Deuxième phase de la loi dite « Warsmann » qui abaisse le seuil à 50 000 euros à compter du 1er janvier 2013
En 2019	Depuis le décret n° 2019-198 du 15 mars 2019, la dématérialisation des paiements est obligatoire : - Pour les employeurs privés : montant déclaré N-1 > 20 000 euros (article D. 133-10 du CSS) ; - Pour les employeurs publics : montant déclaré N-1 > 50 000 euros (article D. 133-12 du CSS).

Dématérialisation dans la sphère sociale

	Déclaration	**Paiement**
Travailleurs indépendants	Oui Article L. 613-5 du CSS	Oui Article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale
Régime général	Oui Article L. 133-5-5 I du CSS	Pas de dématérialisation totale Article L. 133-5-5 II du CSS

De plus, la mesure fiabilise les paiements et allège la charge de travail des organismes de sécurité sociale. Les cotisants seront amenés à payer leurs cotisations et contributions sociales selon les moyens dématérialisés disponibles : le virement bancaire, le virement COTG (forme particulière de virement réservé aux employeurs publics disposant de comptes au Trésor Public ou à la Caisse des dépôts et des consignations), le prélèvement, l'ordre de télépaiement et la carte bancaire en ligne. Il est important de noter que les employeurs sont déjà habitués à ces méthodes de paiement dès lors qu'ils sont soumis à l'obligation de paiement dématérialisé de leurs impôts auto-liquidés (TVA et impôts sur les sociétés).

Moyens de paiement dématérialisés des cotisations et contributions sociales

Moyen de paiement	Description	Populations concernées	Nombre d'opérations (2018)
Prélèvement	Il permet à l'organisme, qui détient les coordonnées bancaires du cotisant, de prélever automatiquement sur son compte les sommes dues. Il nécessite que le cotisant détienne un compte bancaire.	Employeurs privés	54,9 millions
Virement bancaire	Il permet le transfert des sommes directement de compte à compte, sans passer par un moyen de paiement (carte bancaire, chèque, etc.). Le cotisant doit renseigner les informations suivantes : - Numéro du compte à débiter ; - Montant de l'opération ; - Date d'exécution ; - Coordonnées bancaires du compte (BIC, IBAN) à créditer. Il nécessite que le cotisant connaisse les coordonnées bancaires de l'organisme.	Employeurs privés	3,9 millions
Virement COTG (compte de trésorerie générale)	Ce virement repose sur un circuit intégré dans lequel les références des comptes débiteurs et créditeurs sont identifiées de manière particulière.	Employeurs publics	1,1 million
Télépaiement par carte bancaire	Il permet au cotisant de régler les sommes en utilisant au coup par coup le site internet de l'organisme compétent. Le cotisant doit donner les informations suivantes : - Numéro à 16 chiffres de sa carte bancaire ; - Date de validité ; - Pictogramme. Il nécessite que le cotisant détienne une carte bancaire.	Employeurs privés	900 000

Accessoirement, la mesure complète le périmètre de la dématérialisation des déclarations des cotisants, qui peuvent encore, au moins en droit, être transmise par voie papier ; c'est notamment le cas de la DPAE, que l'employeur ne pourra plus effectuer qu'en ligne, sur la même plateforme et avec les mêmes identifiants que celle qu'il utilise pour la DSN qu'il doit émettre chaque mois (net-entreprise.fr ou msa.fr). Cette généralisation n'emporte donc pas de complexité nouvelle pour les employeurs et concourt à les sécuriser, en garantissant la transmission instantanée de leurs déclarations obligatoires.

• Etendre le périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS) en construction à l'ensemble de la doctrine relative aux prélèvements sociaux

L'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 2005 un principe d'opposabilité de la doctrine sociale au profit du cotisant : il permet au cotisant qui a appliqué une circulaire ou une instruction administrative du ministre chargé de la sécurité sociale, régulièrement publiée sur le site circulaire.gouv.fr de ne pas faire l'objet d'un redressement sur une interprétation différente, pour la période au cours de laquelle la circulaire ou l'instruction ministérielle en question s'applique.

Afin de permettre une application pleine de cette opposabilité, l'article 9 de la LFSS pour 2018 a modifié l'article L. 243-6-2 du CSS et a prévu la mise en place d'un outil d'harmonisation de la doctrine sociale. En effet, le III prévoit qu'à compter de 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.

Les modalités de construction et de mise en place du site internet continueront d'être élaborées en lien avec la branche du recouvrement (ACOSS), qui est chargée de construire et d'héberger le support informatique. L'État reste le garant du contenu de la doctrine publiée et des principales orientations.

La poursuite de ce chantier de grande ampleur mais dont le profit serait très important pour les cotisants et leurs conseils, notamment les tiers déclarants, s'engagera par des publications par thématiques et de façon progressive, pour atteindre une totale complétude de la doctrine en matière de prélèvements sociaux publiée à horizon 4 ans.

- ***Elargir la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé à davantage de situations***

Il est proposé d'ajuster la rédaction de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale pour préciser que le dispositif sera mis en œuvre également si plusieurs salariés sont concernés par le dissimulation tant que cette dissimulation reste limitée et partielle. Il est également précisé à des fins de faisabilité que pour les annulations de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable le dispositif est applicable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

Parallèlement, il est proposé **d'élargir cette modulation aux donneurs d'ordre qui peuvent voir leurs exonérations de cotisations sociales remises en cause** sur la période où le délit de travail dissimulé du sous-traitant est constaté en application de l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale. Il est donc proposé d'appliquer le bénéfice de la modulation au donneur d'ordre lorsque le sous-traitant est éligible à celle-ci, et ce dans les mêmes proportions.

b) Autres options possibles

- ***Généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales***

La dématérialisation des paiements de cotisations et contributions sociales est imposée progressivement depuis 2007. Elle pourrait continuer à être organisée de cette manière en abaissant le montant, fixé par décret, au-delà duquel le paiement devra être dématérialisé chaque année (2020 : 1 000 euros ; 2021 : 500 euros ; 2022 : 300 euros). Cependant, la dégressivité rend la lisibilité peu évidente pour les cotisants et ne permet que des gains potentiels de gestion et un impact sur le taux de dématérialisation limités avant 2022. L'allongement, au-delà déjà d'une douzaine d'années, de la période transitoire visant à généraliser, auprès de publics professionnels, la dématérialisation des paiements dans la sphère sociale paraît excessive.

- ***Élargissement du périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS)***

En tant qu'il maintiendrait une mise en ligne disparate entre le site du BOSS publiant la doctrine relative aux allègements et réductions de cotisations et contributions sociales et le site circulaire.legifrance.gouv.fr, le *statu quo* ne permettrait pas la bonne information des assurés sociaux sur l'ensemble de la doctrine administrative applicable en matière de prélèvements sociaux.

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

- ***Généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales***

La mesure proposée tend à modifier les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Elle est, à ce titre, justifiée à être intégrée dans la loi de financement de la sécurité sociale (cf. 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 CSS).

- ***Élargissement du périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS)***

Le BOSS constitue un dispositif de sécurisation juridique de portée générale, réactif et utilisant les outils modernes de mise à jour et de diffusion de l'information, pour faire connaître de manière fiable les règles de droit applicables et prévenir ainsi d'éventuelles erreurs. Il relève également du champ de la LFSS en application du 3° du B du V de l'article LO 111-3 CSS.

Par ailleurs, en rendant aisément accessible, sur un site internet dédié, l'ensemble des instructions et circulaires relatives aux prélèvements sociaux, la mesure aura notamment pour effet de contribuer à l'information et au contrôle du Parlement. A ce titre, elle trouve sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application du 4° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS.

- ***Élargissement de la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé***

La mesure proposée tend à modifier les modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales dans le cadre de la lutte contre le travail illégal. Elle est, à ce titre, justifiée à être intégrée dans la loi de financement de la sécurité sociale (cf. 3° du B du V de l'article L.O. 111-3 CSS).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Les textes à modifier sont les articles L. 133-4-2, L. 133-4-5, L. 133-5-5 et L. 243-6-2.

- ***Généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales***

L'article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Pour la généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales

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

Pour l'extension du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale

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

Pour la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé à davantage de situations

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mise en œuvre de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales permettra d'économiser le coût de gestion des paiements par chèques (coût de traitement de 3 euros unitaires pour 7 millions de chèques) et espèces (l'abonnement au système de conversion coûte 0,3 M€ par an) soit une économie globale de 21 M€.

Organismes du recouvrement du régime général	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Généralisation des télépaiements de cotisations et contributions sociales			+ 21		

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

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

a) Impacts économiques

L'exigence de sécurité juridique pour les cotisants est fondamentale dans le domaine des prélèvements sociaux puisqu'elle est la condition de la garantie de la préservation d'un environnement économique viable et sain pour les acteurs.

b) Impacts sociaux

L'exigence de sécurité juridique est la condition de la garantie pour la constitution des droits sociaux des salariés eux-mêmes. Par ailleurs, la mesure contribuera à une meilleure information des assurés sociaux et, de ce fait, à une meilleure fluidité des relations avec les organismes de sécurité sociale.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans impact sur les jeunes

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

Sans impact sur les personnes en situation de handicap

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact sur l'environnement

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

Sans lien avec l'égalité entre les femmes et les hommes

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

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

- ***Généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales***

Depuis la mise en place de l'obligation de paiement en ligne des impôts pour les entreprises (TVA, impôts sur les sociétés) et pour les particuliers (impôt sur le revenu), l'ensemble des employeurs, qu'ils soient des personnes morales ou de simples particuliers, a été sensibilisé et dispose des moyens nécessaires pour effectuer un paiement dématérialisé. L'utilisation actuelle des moyens de paiement non dématérialisés représente une part très faible du montant de cotisations et contributions sociales total recouvré et décroit. Dès lors, la mesure ne présente pas d'impact négatif pour les cotisants. En revanche, elle présente l'avantage de permettre aux cotisants d'économiser les coûts postaux ainsi que les frais de déplacement pour se rendre dans les organismes.

- ***Élargissement du périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS)***

La mesure constitue une mesure de sécurisation juridique et d'amélioration de l'accessibilité du droit en la matière au profit des cotisants.

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

- ***Généralisation de la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales***

Depuis la mise en place de l'obligation de paiement en ligne des impôts pour les entreprises (TVA, impôts sur les sociétés) et pour les particuliers (impôt sur le revenu), l'ensemble des employeurs, qu'ils soient des personnes morales ou de simples particuliers, a été sensibilisé et dispose des moyens nécessaires pour effectuer un paiement dématérialisé. L'utilisation actuelle des moyens de paiement non dématérialisés représente une part très faible du montant de cotisations et contributions sociales total recouvré et décroit. Dès lors, la mesure ne présente pas d'impact négatif pour les cotisants. En revanche, elle présente l'avantage de permettre aux cotisants d'économiser les coûts postaux ainsi que les frais de déplacement pour se rendre dans les organismes.

- ***Élargissement du périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS)***

La mesure impliquera une adaptation importante et une modernisation des processus de travail, tant du point de vue des services de l'État que de ceux de l'ACOSS. En ce sens, elle impliquera une charge de travail supplémentaire pour l'ACOSS et les services de l'État qui seront chargés, comme pour le volet réductions et allègements de cotisations et contributions sociales, de la mise en ligne des circulaires sur le site internet dédié.

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, 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.

Élargissement du périmètre du Bulletin Officiel de la Sécurité Sociale (BOSS) : cette mesure nécessite, préalablement au dépôt sur le site internet dédié, un important travail de recensement et d'actualisation des circulaires, qui justifie que sa mise en œuvre soit différée au 1er juillet 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sur le site Urssaf.fr sera disponible.

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Simplification et modernisation des démarches des cotisants	
Article L. 133-5-5 actuel du code de sécurité sociale	**Article L. 133-5-5 modifié du code de sécurité sociale**
I. - Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales. II. - La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au même I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.	I. - Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. ~~Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales~~. II. - La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au même I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.
Article L. 243-6-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-6-2 modifié du code de la sécurité sociale**

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 demander 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.	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 demander 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.
II. - Le présent article s'applique aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte 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.	II. - Le présent article s'applique aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte 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.
III. - A compter du 1er 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.	III. - ~~A compter du 1er 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**.**
Article L. 133-4-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-4-2 modifié du code de la sécurité sociale**
I.- Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.	I.- Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.
II.- Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I du présent article.	II.- Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I du présent article.
III.- Par dérogation aux I et II du présent article et sauf dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte uniquement de l'application du II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité	III.- Par dérogation aux I et II du présent article**,** et sauf ~~dans les cas~~ **lorsque les faits concernent un mineur soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionnés aux premier et second alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail** ~~mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7~~, lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte

sociale ou de contributions est partielle. Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %. IV.- Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III du présent article, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité.	uniquement de l'application du II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité **ou des salariés régulièrement déclarés**, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle. Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %. IV.- Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III du présent article, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité. V.- Les dispositions du III sont applicables au donneur d'ordre.
Article L. 133-4-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 133-4-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail. L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale. Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail. L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues ~~aux deuxième et troisième alinéas de~~ **à** l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale. **Lorsqu'il est fait application des dispositions prévues au III de ce même article, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au deuxième alinéa de ce même III les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée.** Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article 14 - Mesures de lutte contre la fraude

I. Présentation de la mesure

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

a) Les capacités d'investigation des agents des MSA ne permettent pas de lutter efficacement contre la fraude au détachement.

En France, l'industrie est le premier secteur à faire appel au détachement, soit 137 707 salariés détachés (+ 182 % par rapport à 2015). Viennent ensuite, selon le rapport de la Direction Générale du Travail, le BTP avec 122 739 salariés détachés (+ 30 % par rapport à 2015) et l'agriculture avec 67 522 salariés détachés (+ 255 % par rapport à 2015). Au total, 63 % des salariés détachés en France travaillent dans l'un de ces trois secteurs. Dans l'agriculture, 13 % des travailleurs sont désormais en situation de détachement.

S'agissant du travail temporaire, trois secteurs concentrent près de 80 % des détachements. Le secteur de l'agriculture enregistre, après le BTP mais avant l'industrie, le plus grand nombre de détachements en travail temporaire.

Selon le rapport public annuel de la Cour des comptes publié le 6 février 2019, le détachement au titre de l'intérim équivaut à 21,9 % du total de l'emploi dans l'agriculture, 5,7 % dans le BTP et 2,2 % dans l'industrie. Ainsi, le secteur agricole est l'un de ceux qui recourent le plus au travail détaché.

La viticulture (non seulement dans le cadre des vendanges mais aussi pour l'ensemble des travaux viticoles), l'exploitation du bois (sylviculture, bûcheronnage), le maraîchage et l'arboriculture (cueillette des fruits, parfois la taille des arbres), le ramassage des volailles et, dans l'industrie agroalimentaire, les activités d'abattage, de désossage, de parage et, dans une moindre mesure, de conditionnement constituent les activités qui font appel au travail détaché.

De manière générale les fraudes se concentrent dans les secteurs à fort besoin de main-d'œuvre peu ou pas qualifiée et dans les métiers où la main-d'œuvre qualifiée vient à manquer, en particulier via le recours à des entreprises de travail temporaire établies hors de France.

Des montages complexes peuvent être mis en place. Ils prennent diverses formes comme le recours au détachement de salariés en lieu et place du recrutement direct de salariés dans le cadre du TESA (Titre Emploi Service Agricole) notamment, destiné à répondre aux besoins saisonniers de main-d'œuvre dans le maraîchage, l'arboriculture et les vendanges. On observe aussi la création, par une société mère établie en France, d'entités sises à l'étranger, qui prennent le plus souvent la forme de « coquilles vides » adressant à cette société une main-d'œuvre à moindre coût.

On peut encore constater le cas où la société mère est étrangère et crée des entreprises ou des établissements en France, afin d'y contracter des marchés et, bien souvent, de fournir aux salariés détachés les moyens logistiques, le matériel et l'hébergement, en contrepartie d'une retenue sur le prix du marché.

Dans le même registre, certains groupes d'une dimension appréciable ont la capacité de créer très rapidement des entités dans le seul but d'accueillir des salariés puis de les dissoudre tout aussi rapidement, à la suite d'un contrôle.

Ces travailleurs viennent remplacer des « contrats OFII », dans un contexte de baisse du recrutement des demandeurs d'emploi, les prestataires de services pouvant être établis en France ou hors de France, mais faisant appel à une main-d'œuvre européenne ou ressortissant de pays tiers. Dans ce dernier cas, le détachement permet de s'affranchir des obligations liées à l'introduction de main-d'œuvre étrangère, les obligations correspondantes ayant été effectuées dans l'Etat membre d'envoi où les intéressés résident régulièrement et ont été admis au travail.

En 2018, environ 5 400 actions de contrôle en matière de travail illégal ou dissimulé ont été diligentées auprès des entreprises agricoles pour un montant global de redressement de 10,1 millions d'euros. Ces contrôles ont été menés pour 45 % d'entre eux par les seuls agents de la MSA, pour le reste en partenariat avec les DIRECCTE ou dans le cadre d'actions concertées avec d'autres corps de contrôle.

Or, le contrôle des entreprises de travail temporaire nationales et étrangères mettant à disposition des salariés auprès d'entreprises du secteur agricole ou forestier, relève, dans une très grande majorité des cas, en application de l'article L. 722-24 du code rural et de la pêche maritime, du régime général. Si les agents du régime agricole peuvent déjà constater des faits de travail dissimulé, y compris à l'encontre d'entreprises de travail temporaire relevant du régime général, leurs capacités d'investigation sont, dans les textes, relativement limitées en dehors des cotisants et salariés du régime agricole. Cette limitation fait obstacle aux investigations poussées que nécessite la détection des fraudes complexes au détachement.

b) La délivrance par les URSSAF des attestations de vigilance aux entreprises de travail temporaire (ETT) n'est pas soumise à l'effectivité de la souscription de la garantie financière spécifique au travail temporaire

Les ETT sont des cotisants particuliers qui ont l'obligation d'obtenir une garantie financière par une assurance, pour le compte des intérimaires, garantie renouvelée chaque année et devant être affichée dans les locaux au titre d'information des intérimaires. Cette caution est destinée à garantir le paiement des salaires et cotisations des salariés intérimaires en cas de difficultés financières de l'ETT, le garant venant en lieu et place pour payer ces sommes. Il s'agit d'une obligation.

Le code du travail prévoit en son article L. 1251-50 que la garantie financière ne peut résulter que d'un engagement de caution pris par une société de caution mutuelle, un organisme de garantie collective, une compagnie d'assurance, une banque ou un établissement financier habilité à donner caution. Cette garantie est calculée en pourcentage du chiffre d'affaires annuel de l'entreprise intéressée, et ne peut être inférieure à un minimum fixé annuellement par décret, compte tenu de l'évolution moyenne des salaires.

Lorsqu'une ETT exerce son activité sans avoir obtenu une garantie financière, le juge judiciaire, saisi par l'inspecteur du travail, peut ordonner la fermeture de l'entreprise pour une durée qui ne peut excéder deux mois. Pour renforcer l'efficacité de la mesure de fermeture judiciaire, il convient de permettre à l'organisme de recouvrement d'agir directement et efficacement lorsqu'il est confronté à ce type de situation, en pratique assez limité, mais pouvant représenter des enjeux financiers importants pour les dossiers concernés.

c) L'exploitation des PV de travail dissimulé est aujourd'hui réservée à une partie des agents en charge du contrôle, ce qui complique inutilement leur traitement

L'exploitation des PV de partenaires est aujourd'hui limitée aux seuls inspecteurs du recouvrement. Ces derniers sont formés pour intervenir dans les entreprises et, plus généralement, à l'extérieur des organismes du recouvrement. L'exploitation des documents établis par les corps de contrôle partenaires doit pouvoir être effectuée par d'autres agents, habilités et formés à cet effet, au sein des organismes sans que cela ne nécessite l'intervention obligatoire d'un inspecteur du recouvrement.

L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, portant sur le contrôle, vise pour chaque champ d'intervention spécifique « *les agents en charge du contrôle* » excepté pour les cas où la personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur est présumée verser des revenus d'activité relevant de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 de ce même code à des salariés d'un autre cotisant en cours de contrôle. Dans ce cadre, seul un inspecteur est habilité à faire état d'éléments motivés pour procéder au contrôle de la personne morale.

Cette spécificité ne relève pas d'une volonté particulière mais d'un abus de langage lors de l'introduction de ce champ d'intervention lors de la LFSS 2015. Cette formulation conduit à ne permettre la lutte contre la fraude que dans le cadre des actions de contrôle engagées par un inspecteur, les actions engagées par les contrôleurs ne pouvant, sans associer en cours de contrôle un inspecteur, pousser leurs investigations sur le champ de la personne morale non inscrite à l'Urssaf. Il convient en conséquence, d'harmoniser le texte en remplaçant le terme : « l'inspecteur » par les termes usuels : « *les agents en charge du contrôle* ».

d) Les sanctions du travail dissimulé prévues par le code rural ne sont pas toutes alignées sur celles du code de la sécurité sociale

Certaines dispositions du code de la sécurité sociale en matière de travail dissimulé ne font pas l'objet de renvois explicites dans le code rural et de la pêche maritime, notamment pour l'application du redressement forfaitaire en cas de situation de travail dissimulé. Plus largement, il est nécessaire d'établir une base légale pérenne garantissant l'égalité de traitement des contrevenants aux règles du travail dissimulé, qu'ils relèvent du régime agricole ou du régime général.

e) Les textes relatifs aux contrôles ne sont pas toujours adaptés

Historiquement, le contrôle portait soit sur les cotisations et contributions dues par les travailleurs indépendants soit sur celles dues par les employeurs. Avec le temps d'autres contributions ont été fixées aux cotisants et pour certaines d'entre elles sans lien avec les effectifs. Tel en est ainsi notamment des taxes pharmaceutiques et de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Par jeu de renvoi, il est fait référence aux seuls textes vis ant les employeurs. Ceux-ci ne sont pas nécessairement adaptés à la matière contrôlée, notamment pour des taxes spécifiques. Il convient en conséquence d'adapter les textes visant spécifiquement le terme « employeur » lorsque cela le justifie et à l'inverse préciser lorsque les règles concernent spécifiquement les cotisations des employeurs. De même, le fondement juridique du recouvrement et du contrôle de la TSA doit être adapté suite à une erreur matérielle de renvoi introduite par l'ordonnance n° 2018-474 du 12 juin 2018 relative à la simplification et à l'harmonisation des définitions des assiettes des cotisations et contributions de sécurité sociale,

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

a) Mesure proposée

• *Permettre aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale de procéder aux constats des situations de recours frauduleux au détachement quel que soit le régime d'affiliation du salarié*

Pour une efficacité renforcée de la lutte contre la fraude au détachement notamment dans le secteur agricole et le travail dissimulé, il est proposé que les agents de contrôle des organismes de sécurité sociale soient à même de procéder aux constats des situations de travail dissimulé et de recours frauduleux au détachement par des prestataires de services nationaux ou internationaux dans le cadre d'activités agricoles ou non quel que soit le régime d'affiliation dont relève les salariés de l'entité contrôlée. Les constats établis à cette occasion seront transmis à l'organisme de recouvrement compétent pour qu'il puisse, le cas échéant, en tirer les conséquences en matière tant d'affiliation que de recouvrement des cotisations sociales.

Pour faire face aux difficultés évoquées ci-dessus, la mesure proposée vise à donner une force probante aux constats établis par les agents de contrôle MSA, afin que ces constats puissent être utilisés par les URSSAF. La réciproque est également vraie puisque dans le cadre d'un contrôle URSSAF sur un marché où un salarié agricole vend la production de l'exploitation agricole qui l'emploie ou sur un chantier de BTP où intervient une entreprise du paysage qui aménage les abords du bâtiment, l'agent de contrôle de URSSAF s'il est compétent pour contrôler le salarié agricole devra transmettre ses constats à la caisse de MSA afin que celle-ci puisse notifier le redressement.

Cette proposition s'inspire de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale qui, en matière de lutte contre la fraude aux prestations, autorise un agent chargé du contrôle à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle étend le principe de l'article au champ du recouvrement et permet son application entre régimes, par des agents relevant d'autres régimes de sécurité sociale.

• *Conditionner la délivrance de l'attestation de vigilance à l'obtention de la garantie financière et au paiement des cotisations pour les ETT*

En vue d'améliorer l'accomplissement de leurs obligations sociales par les ETT, il est proposé, pour ces entreprises, de conditionner la délivrance des attestations de vigilance relatives aux déclarations sociales et au paiement des cotisations à l'obtention de la garantie financière prévue par les textes.

Au-delà de ce volet préventif, il est proposé que les organismes du recouvrement puissent sur la base d'un procès-verbal de manquement, saisir directement l'autorité judiciaire en vue de l'obtention de la fermeture temporaire de l'entreprise en infraction. En pratique, le dispositif d'attestation de vigilance peut être détourné de son objet par la création d'ETT « boites aux lettres » à Malte et Chypre, pour des volumes importants de personnel temporaire travaillant en France et avec des montages artificiellement complexes de relations économiques.

Une garantie financière véritablement mise en place par l'ETT permettrait aux URSSAF de se retourner immédiatement contre le garant et de ne pas avoir à reconstituer les relations économiques en cascade de ces ETT.

Il est donc proposé de modifier l'article L. 243-15 du CSS relatif à la délivrance des attestations de vigilance, pour prendre en compte la situation spécifique des ETT, et de modifier également l'article L. 1251-47 du code du travail afin de permettre aux organismes de recouvrement (ou aux seuls inspecteurs du recouvrement) de saisir directement le juge judiciaire en cas de manquement.

• *Permettre l'exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé établis par les corps de contrôle partenaires par l'ensemble des agents de contrôle*

L'évolution proposée consiste à habiliter dans les organismes l'ensemble des agents en charge du contrôle dûment habilités et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Elle permettra une fluidité dans la réalisation des contrôles Ainsi, lorsqu'une situation de paiement de rémunération par une entité non immatriculée sera constatée par un contrôleur, celui-ci ne sera plus obligé d'attendre l'accompagnement d'un inspecteur initialement non prévu au dossier.

De même, l'établissement et la remise du document d'information sur l'engagement d'une procédure de saisie-conservatoire n'ont pas à être réservés à un inspecteur. Tout agent en charge du contrôle pourra ainsi le cas échéant décider de mettre en œuvre ou pas la procédure de saisie conservatoire.

• *Un alignement des sanctions applicables*

Il est proposé de rétablir au sein de l'article L. 741-10 du CRPM les renvois aux articles L. 242-1-1 et L. 242-1-2 du CSS afin d'aligner les sanctions du travail dissimulé prévues par le code rural sur celles du code de la sécurité sociale.

• *Précision sur le texte relatif à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire*

Il s'agit de corriger une erreur matérielle de renvoi à l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale relatif au recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle et de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunérations. Cette modification formelle est sans incidence sur les modalités de recouvrement et de contrôle de ces contributions qui demeurent régies, sauf aménagements prévus par décret, par les règles applicables aux cotisations du régime général.

b) Autres options possibles

• *Permettre aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale de procéder aux constats des situations de recours frauduleux au détachement quel que soit le régime d'affiliation du salarié*

Le détachement de salariés en agriculture se faisant pour une large part dans le cadre de l'intérim, il aurait été possible de modifier les règles d'affiliation des salariés des entreprises de travail temporaire en modifiant l'article L. 722-24 du code rural et de la pêche maritime de sorte que continueraient de relever du régime des salariés agricoles, les salariés liés par un contrat de travail temporaire mis principalement et non plus exclusivement à la disposition d'entreprises utilisatrices dont l'activité est agricole. Cette proposition présente plusieurs inconvénients majeurs. Il aurait fallu définir un seuil pour préciser le caractère principal de la mise à disposition, soit par référence au temps de travail du salarié, soit par référence au chiffre d'affaires réalisé par la société d'intérim auprès d'entreprises agricole, ce qui, en pratique, n'est pas aisé à établir. Cette proposition aurait également pour conséquence de modifier le régime d'affiliation des salariés liés par un contrat de travail temporaire dans l'hypothèse où l'entreprise de travail temporaire fournit de la main d'œuvre principalement au profit d'entreprises agricoles qui auraient ainsi été considérés comme des salariés agricoles. Des changements d'affiliation en fonction du nombre de missions effectuées auprès des entreprises agricoles peut occasionner des difficultés de gestion pour les organismes de protection sociale concernés et être la source d'une insécurité juridique pour le salarié tant en terme d'affiliation qu'en terme de prestation sociale.

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

• *Permettre aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale de procéder aux constats des situations de recours frauduleux au détachement quel que soit le régime d'affiliation du salarié*

La possibilité donnée aux agents des Urssaf et des MSA de dresser des PV de travail dissimulé quel que soit le régime d'affiliation des salariés concernés) vise à permettre aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations sociales de récupérer les sommes éludées du fait d'une fraude au détachement. Elle a vocation à s'inscrire dans la loi de financement de la sécurité sociale.

• *Conditionner la délivrance de l'attestation de vigilance à l'obtention de la garantie financière et au paiement des cotisations pour les ETT*

Le conditionnement de la délivrance de l'attestation de vigilance à la communication de la garantie financière et au paiement des cotisations par les ETT concerne le secteur du travail temporaire, soit près de 800 000 salariés fin 2018 (source DARES) et 3% du nombre total de salariés en France (25,2 millions). La mesure proposée a un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base (dispositions du V de l'article LO. 111-3 du CSS), puisqu'elle a un impact positif sur les cotisations de sécurité sociale en facilitant le recouvrement des créances dues par les ETT défaillantes par le recours par l'organisme de recouvrement au garant de ces ETT. Cette mesure relève à ce titre des dispositions du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Cette proposition amende le texte porté par la LFSS de 2011.

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

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

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.

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Les textes à modifier sont les articles L. 133-1, L. 243-7, L. 243-7-6, L. 243-11et L. 862-5 du code de sécurité sociale, les articles L. 724-11 et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ainsi que L. 1251-47 du code du travail.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Pas d'abrogation de texte.

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

- Renforcement de la lutte contre le détachement

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Organismes du recouvrement du régime général	Impact financier en droits constatés (en M€) Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Renforcement lutte contre le détachement	1,7	1,7	2,5	3,4	3,4

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

En 2018, l'ACOSS a fait état d'un montant de redressement pour fraude au détachement de 131 M€.

L'agriculture représentant 13 % des travailleurs en situation de détachement, la part agricole, rapportée au montant total des redressements de l'ACOSS, s'établit à 17 M€.

La coopération entre les corps de contrôle (URSSAF, inspection du travail et MSA) a permis en 2018 et 2019 de détecter environ 10 % de situations frauduleuses, ce qui donne un montant de redressement de 1,7 M€.

La mesure proposée, qui vise à garantir l'absence d'impunité en cas de constat de fraude impliquant des entreprises du régime général intervenant sur une exploitation agricole ou forestière, devrait permettre d'améliorer ce taux de détection qui pourrait, après montée en régime, être porté à 15 % en 2020, soit un montant de redressement de 2,5 M€ et 20 % en 2021 et 2022, soit un montant de redressement annuel de 3,4 M€.

S'agissant des effectifs affectés au contrôle, les coûts induits par la mesure peuvent être évalués à un montant allant de 150 K€ et 500 K€ par an.

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

a) Impacts économiques

Pas d'impact sur les revenus des agents.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Aucun impact

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

Aucun impact

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental

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

Sans impact sur l'égalité hommes femmes

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

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

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

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 pour la modification de l'article L.862-5

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

Au 1er janvier 2020

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication spécifique, charte du cotisant contrôlé,

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre notamment sur sa première branche s'effectuera chaque année dans le cadre de l'analyse des résultats des contrôles

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Renforcement des moyens de lutte contre la fraude	
Article L. 114-10 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-10 modifié du code de la sécurité sociale**
Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale. Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge. Les modalités de cette coopération sont définies par décret.	Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. ~~*Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.*~~ ~~*Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge.*~~ ~~*Les modalités de cette coopération sont définies par décret.*~~
Article L. 114-10-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-10-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.	Les agents chargés du contrôle **mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime** peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale. Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du

	contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations **et le recouvrement des cotisations et contributions** dont il a la charge. ~~Les modalités de cette coopération sont définies par décret.~~
	Nouvel article L. 114-10-1-1 du code de la sécurité sociale
	Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.
Article L. 133-1 actuel du Code de la sécurité sociale	**Article L. 133-1 modifié du code de la sécurité sociale**
I.- Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2. Ce document fait état des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime. (…)	I.- Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, ~~*l'inspecteur du recouvrement ou*~~ l'agent chargé du contrôle ~~*mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime*~~ remet**,** à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2. Ce document fait état des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé *par* ~~*l'inspecteur ou*~~ par l'agent chargé du contrôle ~~*mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime*~~. (…)
Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa, 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	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, 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 des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. 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. (...)	inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les **agents chargés du contrôle** ~~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 des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. 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. (...)
Article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime**
L'assiette des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles est déterminée selon les dispositions applicables à l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, sous les réserves mentionnées dans la présente section. (...)	L'assiette des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles est déterminée selon les dispositions applicables à l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ~~,~~ **ainsi que selon les dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 2 du titre 4 du livre 2 du code la sécurité sociale**, sous les réserves mentionnées dans la présente section. (...)
Article L. 243-7-6 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-7-6 modifié du code de la sécurité sociale**
Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non. Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque ~~l'employeur~~ **le cotisant** n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non. Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 243-11 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-11 modifié du code de la sécurité sociale**
Les employeurs, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'Etat ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'Etat, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et L. 114-10, ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement	Les **cotisants** ~~employeurs~~, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'Etat ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'Etat, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et L. 114-10, ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité

accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.	régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.
Article L. 862-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 862-5 modifié du code de la sécurité sociale**
La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.	~~*La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5 applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, en décret en Conseil d'Etat.*~~ **Sous réserve des dispositions du chapitre II du titre VI du livre VIII, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.** Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.
Article L. 1251-47 actuel du code du travail	**Article L. 1251-47 modifié du code du travail**
Lorsqu'un entrepreneur de travail temporaire exerce son activité sans avoir accompli les déclarations prévues à l'article L. 1251-45 ou sans avoir obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 et qu'il en résulte un risque sérieux de préjudice pour le salarié temporaire, le juge judiciaire peut ordonner la fermeture de l'entreprise pour une durée qui ne peut excéder deux mois. Il est saisi par l'inspecteur du travail après que celui-ci a adressé à l'entrepreneur de travail temporaire une mise en demeure restée infructueuse. Lorsque ces mesures entraînent le licenciement du personnel permanent, celui-ci a droit, en dehors de l'indemnité de préavis et de l'indemnité de licenciement, aux indemnités prévues aux articles L. 1235-2, L. 1235-3 ou L. 1235-5.	Lorsqu'un entrepreneur de travail temporaire exerce son activité sans avoir accompli les déclarations prévues à l'article L. 1251-45 ou sans avoir obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 et qu'il en résulte un risque sérieux de préjudice pour le salarié temporaire, le juge judiciaire peut ordonner la fermeture de l'entreprise pour une durée qui ne peut excéder deux mois. Il est saisi par l'inspecteur du travail **ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime** après que celui-ci a adressé à l'entrepreneur de travail temporaire une mise en demeure restée infructueuse. Lorsque ces mesures entraînent le licenciement du personnel permanent, celui-ci a droit, en dehors de l'indemnité de préavis et de l'indemnité de licenciement, aux indemnités prévues aux articles L. 1235-2, L. 1235-3 ou L. 1235-5.
Article L. 243-15 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 243-15 modifié du code de la sécurité sociale**
Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des	Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des

organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.	organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.
Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.	Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, **qu'elle a obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail ou** qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.
Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.	Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.
Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.	Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.

Article 15 - Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses

I. Présentation de la mesure

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

Les dépenses des médicaments et dispositifs médicaux remboursés font l'objet d'une gestion dynamique de la part du Comité économique des produits de santé (CEPS) et des caisses d'assurance maladie. Les actions menées visent à rendre plus efficientes les dépenses de produits de santé, et doivent contribuer *in fine* au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Toutefois, compte tenu du dynamisme des dépenses de produits de santé lié à l'arrivée des nouveaux produits et des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu, ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM.

Dans ce cas, pour les médicaments, le mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux médicaments remboursés, lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi qui intègre bien évidemment les priorités politiques liées à l'innovation. Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999, a été revue en 2015, 2017 et 2018.

Si le dispositif a permis de maîtriser la dépense remboursée de médicaments – notamment hospitaliers – depuis 2015, il n'existe en revanche aucune disposition équivalente pour les dispositifs médicaux et les prestations associées pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Ce champ de la dépense se caractérise pourtant par un dynamisme soutenu, affichant une croissance de plus de 4 % en moyenne entre 2012 et 2018. L'absence de mécanisme d'incitation à la modération de l'augmentation des dépenses n'apparait pas justifiée : les évolutions trop fortes de ce poste de dépenses peuvent en effet conduire à réguler encore davantage les autres champs de dépenses à l'hôpital, notamment les tarifs des séjours et les dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG). Il est important de pouvoir diversifier encore davantage les leviers d'action pour éviter de contraindre trop fortement les recettes plus directes des établissements contenues au sein de l'ONDAM hospitalier.

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

a) Mesure proposée

La mesure introduit un mécanisme de protection de l'assurance maladie relatif aux dépenses des dispositifs médicaux et prestations pris en charge en sus des tarifs d'hospitalisation. Le schéma du mécanisme rejoint dans son objectif celui de la clause de sauvegarde pour les médicaments, sur un périmètre toutefois adapté : en cas de progression trop rapide de la dépense liée aux produits et prestations de la liste en sus, une partie de la dépense sera reversée par les fabricants à l'assurance maladie. Il s'agit d'une clause « de sauvegarde », car les exploitants peuvent toute l'année négocier avec le CEPS en vue de trouver, selon un accord conventionnel, des modes alternatifs de modération de la dépense, secteur par secteur. La participation des entreprises à ce mécanisme de sauvegarde constitue un engagement nécessaire de leur part pour permettre la prise en charge de leurs produits et prestations par l'assurance maladie, et les entreprises qui ne souhaitent pas y participer peuvent demander l'arrêt de la prise en charge de leurs produits et prestations par l'assurance maladie.

La mesure introduit le montant « Z » au-delà duquel se déclenche le dispositif. Ce montant correspondrait à un niveau de progression de 3 % de la dépense remboursée des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits au titre III et V de cette liste (il s'agit de dispositifs médicaux implantables ou pénétrant dans le corps humain, concernant pour l'essentiel l'orthopédie et la cardiologie). Ce taux est identique à celui qui existait pour les médicaments hospitaliers, médicaments les plus innovants, lorsqu'une clause de sauvegarde spécifique portait sur ce champ de la dépense (clause Lh) et il correspond à l'engagement de progression annuelle des dépenses relatives aux médicaments innovants pris dans le cadre du comité stratégique des industries de santé (CSIS). C'est également le taux national de progression des dépenses qui a été fixé pour l'année 2019 pour servir de de référence à la signature des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

En cas de dépassement du montant Z, les fabricants ou les distributeurs exploitant les dispositifs médicaux concernés reverseront la part du montant remboursé par l'assurance maladie qui dépassera ce montant Z. Ce reversement est effectué au prorata des montants remboursés pour chaque exploitant.

b) Autres options possibles

La clause de sauvegarde aurait pu être fondée sur le chiffre des affaires des entreprises concernées. Cette option a été écartée car elle s'éloignait de l'objectif de régulation de la dépense remboursée.

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

La mesure sera de nature à contribuer à la maîtrise de la progression des dépenses et donc au respect de l'ONDAM. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

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

La mesure crée plusieurs articles au sein du code de la sécurité sociale : L. 138-19-8, L. 138-19-9, L. 138-19-10, L. 138-19-11, L. 138-19-12, L. 138-19-13, L. 165-1-1-1.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La clause de sauvegarde pour les produits et prestations de la liste en sus n'a pas vocation à se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de produits de santé (pris en charge en sus des prestations hospitalières) avec le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		0			

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

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

a) Impacts économiques

Cette mesure pourra avoir un impact sur les entreprises dont les produits sont pris en charge au titre de la liste des produits et prestations (LPP), compte tenu de son impact potentiel sur les futures négociations de prix.

b) Impacts sociaux

Cette mesure n'a pas d'impact social.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure n'a pas d'impact spécifique sur les jeunes.

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

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

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure est sans impact sur l'environnement.

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

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

La mesure ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement.

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

Cette mesure sera mise en œuvre 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 mise en œuvre dans le cadre des moyens actuels.

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 d'application seront nécessaires pour mettre en place la clause de sauvegarde.

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

Mesure d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière des assurés n'est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : rédaction des articles ou version consolidée si modification

Code de la sécurité sociale	
Section 4 : Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre de l'article L. 162-22-7	
	Article L. 138-19-8 nouveau
	Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie 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 produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution. **La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue par le présent article.**
	Article L. 138-19-9 nouveau
	L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné à ce même article, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4. **La Caisse nationale d'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.** **Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article.**
	Article L. 138-19-10 nouveau

	Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné au même article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif. **La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.** **Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.**
	Article L. 138-19-11 nouveau
	En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.
	Article L. 138-19-12 nouveau
	La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due. **Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.**

	Article L. 138-19-13 nouveau
	Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
	Article L. 165-1-1-1 nouveau
	L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament est le fabricant ou un distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation. L'exploitation comprend la commercialisation, ou la cession à titre gratuit, sur le marché français du produit sous le nom propre, sous la raison sociale ou sous la marque déposée de l'exploitant. Lorsqu'un mandataire agit pour le compte d'un fabricant, le mandataire est regardé comme étant l'exploitant. **Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, et qu'il ne détient pas les droits exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.**

Article 16 - Mécanisme de sauvegarde pour les médicaments

I. Présentation de la mesure

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

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les caisses d'assurance maladie assurent tout au long de l'année une gestion active en matière d'évolution des dépenses de médicaments remboursables. Les actions menées visent notamment à rendre plus efficiente la dépense publique dans ce domaine et doivent contribuer *in fine* au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Toutefois, compte tenu de l'arrivée de nouveaux produits, des incertitudes pesant sur certaines négociations à fort enjeu et de l'effet que ceci induit sur la dynamique des dépenses ces différentes actions ne suffisent pas toujours à garantir que la progression de ces dépenses sera compatible avec le respect de l'ONDAM.

Dans ce cas, le mécanisme dit « de clause de sauvegarde » permet d'assurer en dernier recours une atténuation du niveau de dépenses liées aux médicaments remboursés. Il s'applique lorsque la croissance de ces dépenses dépasse un niveau fixé par la loi. Cette clause de sauvegarde, initialement introduite en 1999, a été revue en 2015, 2017 et 2018.

La clause de sauvegarde est prévue aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale. Elle prévoit la fixation du montant M (seuil de déclenchement de la contribution) pour les années 2020 et suivantes. Il est donc nécessaire de fixer le montant M pour 2020 – le mécanisme de la clause de sauvergade étant dorénavant fixé sur un critère en euros et non plus en taux d'évolution.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à à fixer le montant « M » au-delà duquel la clause de sauvegarde se déclenchera pour 2020.

b) Autres options possibles

Cette mesure est prévue aux articles L.138-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en 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 CNAV et de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, les conseils de la CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure ne sera pas codifiée, dès lors qu'elle porte spécifiquement sur l'année 2020.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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 (prise en compte du chiffre d'affaires dans ces collectivités pour le calcul de la contribution globale due par les entreprises concernées)*
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 clause de sauvegarde pour les médicaments ne doit pas se déclencher si les efforts de maîtrise médicalisée et les négociations sur les prix des nouveaux produits onéreux permettent de rendre compatible l'augmentation des dépenses de médicaments avec le niveau retenu pour l'ONDAM.

Toutefois, si les dépenses de médicaments continuent à croître à une vitesse rapide, ou s'accélèrent, la clause de sauvegarde relative aux médicaments pourrait se déclencher et jouer pleinement son rôle de mécanisme de rappel.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019	2020	2021	2022	2023
		0			

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

a) Impacts économiques

Le rendement théorique de la mesure étant nul en 2020, il n'est pas attendu d'impact supplémentaire de cette mesure pour les entreprises commercialisant des médicaments.

b) Impacts sociaux

Tous les assurés bénéficient en France, en fonction de leur état de santé et sans considération de leurs revenus, d'une prise en charge de haut niveau de leurs dépenses de santé et d'un accès rapide aux innovations thérapeutiques. Le dispositif de sauvegarde participe à la sécurisation de ce principe.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure est sans impact sur les assurés ; seuls les entreprises commercialisant des médicaments pris en charge pourraient être impactées en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde.

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

La mesure est sans impact sur les administrations publiques.

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

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

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

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

Aucun texte d'application ne sera nécessaire.

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

La mesure est d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni modifie de dispositif codifié.

Article 17 - Transferts financiers entre la sécurité sociale et l'Etat et entre régimes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

- ***Les mesures adoptées dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales et la dégradation du contexte macro-économique conduisent à remettre en cause la reprise de dette par la CADES votée en LFSS pour 2019***

L'article 27 de la LFSS pour 2019 prévoyait, du fait des excédents prévisionnels anticipés dans la trajectoire financière de la sécurité sociale 2020 - 2022, une nouvelle et dernière reprise de dette par la CADES d'un montant maximum de 15 Md€ d'ici 2024 en affectant, une fraction supplémentaire de contribution sociale généralisée (CSG) à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à compter de 2020, à hauteur d'environ 1,5 Md€ la première année, 3,5 Md€ en 2021, portés à 5 Md€ en 2022. Conformément à la décision n°2010-620 DC du 16 décembre 2010, tout nouveau transfert de dette doit en effet s'accompagner de transfert de recettes garantissant un apurement en 2024, sans que l'affectation de ces recettes ait pour effet de créer ou accroître un déficit pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Or, les mesures votées en fin d'années 2019, dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, ainsi que la dégradation du contexte macro-économique remettent en cause la trajectoire d'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

- ***L'effet en année pleine du renforcement des allègements généraux élargis aux cotisations patronales d'assurance chômage réduit le niveau des contributions d'assurance chômage et nécessite de modifier les circuits de compensation envisagés en 2019***

L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a décalé au 1er octobre l'entrée en vigueur pour 2020 de l'exonération de cotisations patronales d'assurance chômage. Ainsi, le coût pour l'assurance chômage de cette exonération de cotisations, estimé à 938 M€ pour 2019, est estimé à 3 708 M€ pour 2020. En 2019, cette perte de cotisations a donné lieu, de manière transitoire, à une compensation à l'euro *via* l'affectation à l'Unédic d'une fraction de taxe sur les salaires. Une nouvelle disposition doit être adoptée pour les années suivantes.

- ***La modification de la fiscalité sur les jeux entre en vigueur au 1er janvier 2020***

La loi pour la croissance et la transformation des entreprises a procédé à une refonte de la fiscalité applicable aux jeux de tirage et aux jeux instantanés. En conséquence, le taux de la contribution sociale généralisée applicable aux jeux, prévu au 3° du I de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale a été abaissé à 6,2 %. Ce changement de taux n'affecte pas le rendement de la CSG jeux car il s'applique à une assiette élargie. Il est néanmoins nécessaire de tirer les conséquences du changement de taux dans l'affectation des clés de CSG aux organismes de sécurité sociale

- ***La suppression du statut des agents de la SNCF impose de prévoir des modalités de compensation pour le régime spécial de retraites de la SNCF***

L'article 3 de la loi du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire autorise la SNCF et ses filiales à recruter des personnels sous statut jusqu'au 31 décembre 2019. Il en résulte qu'à compter du 1er janvier 2020, la population des agents statutaires SNCF devient une population fermée appelée à décroitre. Or, le recrutement au statut déterminant l'affiliation au régime spécial de retraite, l'article 3 précité a donc aussi pour conséquence directe de transformer le régime spécial de retraite en un régime fermé. A compter de 2020, les personnels recrutés par la SNCF et ses filiales sont donc affiliés au régime général et la CNAV et l'AGIRC-ARRCO assurent l'encaissement de leurs cotisations ainsi que le paiement des droits futurs en découlant

Sur le plan du financement du risque retraite, la « fermeture » du statut SNCF présente deux conséquences principales. D'une part, dès l'année 2020, le régime spécial de retraite de la SNCF, géré en répartition, constatera un besoin de financement complémentaire à l'inverse des régimes de droit commun (CNAV et AGIRC-ARRCO) qui percevront de nouvelles cotisations. En effet, la population de cotisants au régime spécial connaîtra une attrition rapide faisant baisser le volume des cotisations perçues alors que, parallèlement, les régimes de droit commun enregistreront de nouvelles affiliations sans que ceux-ci ne supportent, à court terme, d'importantes charges de pension supplémentaires. D'autre part, et à plus long terme seulement, l'arrêt des recrutements au statut devrait conduire à une baisse du nombre de pensionnés et donc une réduction des pensions versées et du besoin de financement du régime spécial de retraite de la SNCF.

L'ampleur du déséquilibre imputable à la « fermeture » du statut SNCF nécessite de mettre en place un mécanisme de compensation *ad hoc* permettant de répartir cette charge nouvelle de financement entre l'Etat et les régimes de droit commun.

- ***La réforme du régime social des indépendants initiée par la LFSS pour 2018 doit être finalisée***

La loi de financement pour 2018 a initié la suppression du régime social des indépendants et son intégration au régime général. Pour ce faire, elle a prévu un transfert de plein droit au 1er janvier 2020 :

- aux organismes nationaux et locaux du régime général, de tous les droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés et ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit ;

- au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), des disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants.

Si ce texte permet de bien définir le cadre juridique de la majorité des transferts à réaliser, sa formulation reste à compléter pour asseoir le cadre juridique :

- des transferts des immobilisations relevant de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité décès des indépendants vers le CPSTI (seuls les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations sont pour l'heure prévus) ;

- des transferts d'immeubles ne relevant ni de la gestion administrative ni du régime de retraite complémentaire et d'invalidité décès des indépendants (il s'agit d'immeubles relevant de l'action sanitaire et sociale de l'ex RSI) ;

- des transferts des actifs informatiques (logiciels, matériels) actuellement propriété de la caisse nationale déléguée à la sécurité sociale des indépendants. Les caisses du régime général ayant constitué en 2018 un Groupement d'Intérêt Economique « GIE Système d'Information Sécu-Indépendants » à qui est confiée la charge d'exploiter les systèmes d'information issus de l'ex-RSI, c'est auprès de ce GIE que doit s'opérer le transfert de ces actifs, ce qui ne pouvait être prévu par la LFSS 2018, ce GIE n'existant pas alors.

Les travaux conduits durant la période transitoire ont par ailleurs permis de définir et préciser les modalités de gestion des activités nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime de retraite complémentaire et d'invalidité-décès des artisans et commerçants et à la gestion opérationnelle des placements financiers et immobiliers constitutifs des réserves de ces régimes.

Ces modalités, venant compléter ou préciser celles prévues par la LFSS pour 2018, sont déclinées dans le PLFSS pour 2020 et apportent ainsi une sécurisation importante quant à la gestion de ces opérations, desquelles le régime général devient garant de la bonne réalisation et évite ainsi tout risque de rupture de service tandis que le CPSTI demeure en charge du pilotage général de ces régimes.

Dans le même état d'esprit, la présente mesure prévoit également que l'ensemble de la gestion des prestations, y compris celles relatives à la retraite complémentaire et à l'invalidité décès des artisans et commerçants, se voit confiée au régime général, ce qui garantit aux travailleurs indépendants la continuité du service tout en sécurisant le rôle du CPSTI, des protocoles entre ce conseil et les caisses du régime général devant fixer les engagements de service et conditions d'échanges.

- ***La réforme du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) doit être engagée***

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 a mis l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées pour mieux organiser la réponse aux besoins et répondre au souhait des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Elle a opéré une refondation de l'aide à domicile en unifiant le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) au profit de l'autorisation par le conseil départemental.

Pour autant, les difficultés financières du secteur persistent malgré la mise en place de plusieurs fonds d'aide à la restructuration depuis 2012. Le système actuel de financement est complexe, notamment du fait de la rigidité du système de tarification horaire et de la coexistence de services tarifés par le conseil départemental et de services fixant librement leurs prix. A cette complexité, vient s'ajouter une application très diverse des modalités de tarification selon les départements. Ce système est par ailleurs peu lisible pour les bénéficiaires et peut impacter leur libre choix.

- ***Les dépenses relatives à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) doivent être prises en charge par le budget de l'Etat***

L'ordonnance n°2018-358 du 16 mai 2018, qui dispose la suppression de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) et le transfert définitif de son contentieux vers des cours

d'appel spécialisées, a prévu que les dépenses relatives à la CNITAAT demeurent à la charge des régimes de sécurité sociale pendant une période transitoire de deux années avant le transfert de son activité, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2020.

L'ordonnance n°2018-358 du 16 mai 2018 dispose également que ce transfert d'activité de la CNITAAT vers les cours d'appel peut être, par décret, reporté à une date ultérieure, sans que cette date puisse dépasser le 31 décembre 2022. Elle soulève donc la question du financement des dépenses de la CNITAAT entre le 1er janvier 2021 et le 31 décembre 2022.

Dans la mesure où il est envisagé de repousser ce transfert d'activité jusqu'au 31 décembre 2022, il est nécessaire de prévoir une mesure disposant qu'à partir du 1er janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022, les dépenses de toute nature de la CNITAAT seront alors à la charge de l'Etat, par l'intermédiaire du budget de la justice.

• *L'affectation des recettes du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles doit être simplifiée*

L'article 9 de la n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui élargit aux dividendes l'assiette de cotisation des non-salariés agricoles, a prévu que ce surplus de recette lié à cette assiette nouvelle serait entièrement reversé au régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles. Une compensation des branches maladie et vieillesse du régime des personnes non salariées des professions agricoles est ainsi prévue, consistant à prévoir un versement au RCO en début d'exercice, égal à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant de l'article 9 de la LFSS 2014, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font ensuite l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante. La complexité de ce dispositif de versements et de régularisations justifie de le réformer sans modifier le niveau des ressources perçues par le régime.

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

a) Mesure proposée

• *Abrogation de la reprise par la CADES de la dette portée par l'Acoss à compter de 2020 et réaffectation de la CSG en conséquence*

Le présent article abroge le II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 créé par la LFSS pour 2019 qui prévoyait un transfert de la CADES à l'ACOSS dans la limite de 15 milliards d'euros pour couvrir les déficits des exercices 2014 à 2018 des branches maladie et vieillesse ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Cet article tire également les conséquences de l'annulation de cette reprise de dette par la CADES en réaffectant la part de CSG supplémentaire affectée à la CADES en 2020, 2021 et 2022 afin de ne pas prolonger la durée d'amortissement de la dette. En miroir ce qui avait été prévu en LFSS 2019, l'annulation de ce transfert améliore les soldes de la branche maladie, de la branche famille et du fonds de solidarité vieillesse.

• *La neutralisation des effets différenciés entre branches de la compensation et des transferts entre l'Etat et la sécurité sociale*

Comme en 2019, une fraction importante de la taxe sur la valeur ajoutée est affectée à la sécurité sociale au titre de la compensation des allègements généraux renforcés. En 2020, cette fraction est principalement affectée par :

- une majoration de l'effet année pleine de la perte de cotisations patronales d'assurance chômage à l'Unédic ;
- une majoration liée au transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM), de l'agence nationale de santé publique (ANSP) dans le cadre de la simplification et de la rationalisation du financement des opérateurs relevant du champ de la santé ;
- une majoration au titre de la compensation à la sécurité sociale de la suppression de la taxe sur les huiles, affectée au régime complémentaire de retraite des non-salariés agricoles, conformément à la volonté de rationaliser l'affectation des taxes entre l'Etat et la sécurité sociale.

L'affectation d'une fraction de TVA à la sécurité sociale doit donner lieu à des transferts au sein des régimes et organismes de sécurité sociale, afin de neutraliser ses effets sur les branches :

- la part de TVA affectée à l'ACOSS est majorée par rapport à 2019, à hauteur du coût du renforcement des allègements généraux pour l'Unedic, la compensation à l'euro s'effectuant désormais par l'affectation d'une fraction de TVA et non plus de taxe sur les salaires. La part de taxe sur les salaires jusqu'alors affectée à l'ACOSS au titre de sa mission de compensation à l'Unedic est par conséquent rétrocédée à la CNAM.
- la neutralisation de la part de TVA visant à compenser la suppression de la taxe sur les huiles passe par une majoration des droits alcools affectés au régime complémentaire de retraite des non-salariés agricoles, contrebalancés par une minoration de ceux affectés au régime maladie des non-salariés agricoles.

La modification du taux applicable à la contribution généralisée sur les jeux à compter du 1er janvier 2020 nécessite de modifier les clés d'affectations aux organismes de sécurité sociale. En effet, le taux de 8,6% est actuellement réparti entre la CNAF à hauteur de 0,95 point, la CNAM à hauteur de 7,35 points et à la CADES à hauteur de 0,3 point. À compter de 2020, le taux sera de 6,2% et sera réparti entre la CNAF (0,68 point), à la CNAM (5,30 points) et à la CADES (0,22 points). Ces modifications ne dégradent pas les recettes des affectataires.

- ***L'exception au principe de compensation intégrale du dispositif « jeunes entreprises innovantes »***

Le budget de l'Etat prévoit de plafonner le coût pour l'Etat de la compensation de l'exonération « jeunes entreprises innovantes » à 197,4 M€ en 2020, en deçà des prévisions de coûts qui s'élèvent pour cet exercice à 223 M€, conduisant à une perte de 26 M € pour la sécurité sociale. Cet écart entre le coût effectif du dispositif et le montant de la compensation constitue une exception au principe de compensation prévue à l'article L. 131-7, qui doit être inscrite en LFSS.

- ***Modalités de compensation du régime spécial de retraite de la SNCF par les régimes de droit commun***

Le présent article prévoit un mécanisme de transferts financiers entre les régimes de droit commun (CNAV et Agirc-Arrco) et le régime spécial de la SNCF (CPRP-SNCF).

Les montants de ces transferts seront évalués en fonction de l'évolution des ressources et des charges résultant, pour chacun de ces organismes, de l'arrêt des recrutements à la SNCF consécutifs aux dispositions de la loi de 2018. Ils prendront notamment en compte l'incidence de cette réforme sur les transferts financiers résultant de la compensation inter-régimes (compensation généralisée vieillesse) et les nouvelles affiliations constatées, *ex post*, par la CNAV et l'AGIRC-ARRCO au titre des nouveaux embauchés de la branche ferroviaire, en opérant la distinction entre les salariés cadres et les salariés non-cadres. L'Etat assurera quant à lui, dans les conditions prévues en loi de finances, le besoin de financement restant et correspondant au différentiel de taux de cotisations entre les régimes de droit commun et le régime spécial, soit environ 40 % de la perte de cotisations pour la CPRP-SNCF liées à la fermeture du statut. Au titre de ses agents statutaires, la SNCF s'acquitte en effet d'un taux de cotisation additionnel (taux T2) finançant les droits spécifiques (ex : âge d'ouverture de droits plus précoce), taux qui ne sera plus acquitté pour les nouveaux embauchés aux régimes de droit commun.

Il est ainsi instauré, dès 2020, une obligation de compensation entre les régimes de droit commun (CNAV et AGIRC-ARRCO) et le régime spécial (CPRP SNCF), en laissant la possibilité à ces régimes d'organiser les modalités de cette compensation *via* la négociation d'une convention tripartite approuvée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Dans l'éventualité où les régimes ne parviendraient pas à parvenir à accord sur le contenu de la convention avant le 1er juillet 2020, les montants et modalités de la compensation seraient fixés par décret.

- ***Finalisation de la réforme du RSI***

Le présent article complète de manière exhaustive le champ des éléments de l'ex-RSI à transférer au régime général ou au CPSTI. Il prévoit l'intervention possible d'un liquidateur pour, le cas échéant, mener à bien au début de l'année 2021 un petit nombre d'opérations pouvant nécessiter une signature d'un niveau équivalent à celui des ex-directeurs des caisses RSI ou la réalisation d'opérations équivalentes à celles incombant aux directeurs financiers et comptables.

Par mise en cohérence de l'ensemble des champs liés à la qualité de service et à la réalisation des opérations, la notion de délégation du CPSTI aux caisses du régime général est supprimée au profit de missions confiées aux caisses du régime général par détermination de la loi. De même, les caisses nationales du régime général passeront et attribueront les marchés requis, notamment pour la gestion financière des réserves du CPSTI.

Les modalités selon lesquelles seront effectuées les tâches correspondantes feront l'objet de protocoles conjoints approuvés ou arrêtés par l'Etat, ce afin de sécuriser le correct fonctionnement du dispositif.

La mesure précise également que le certificateur des comptes des exercices 2020 et suivants du CPSTI (comptes annuels du Conseil, comptes du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants) sera la Cour des comptes.

Constatant la disparition au 31/12/2019 de la CNDSSTI, la mesure prévoit enfin que l'Etat confie à compter du 1er janvier 2020 le soin de gérer les aides prévues par la loi n°89-1008 du 31 décembre 1989 (FISAC) à l'Agence de services et de paiement.

- ***Financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)***

Pour amorcer la réforme du financement de des SAAD, le gouvernement souhaite pouvoir réserver en 2020 une envleoppe de 50 millions d'euros afin de financer les missions particulières de ces services que leur mode de financement actuel ne permet pas de valoriser. Ce financement vise en particulier à améliorer la qualité de service pour les usagers. Il s'agit notamment de mieux couvrir les territoires enclavés (temps de déplacement) et de prendre en charge des profils complexes qui nécessitent une coordination accrue des intervenants et des amplitudes horaires élevées des interventions (soirées, nuits, week-ends, jours fériés…). Cette enveloppe sera financée pour partie par des crédits reportés de la section I du budget de la CNSA et pour le solde par les fonds propres de la caisse,d ans la limite d'une enveloppe de 50 M euros pour l'année 2020.

• *Financement de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT)*

En cohérence avec le report du transfert d'activité jusqu'au 31 décembre 2022, il est proposé qu'à partir du 1er janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022, les dépenses de toute nature de la CNITAAT seront à la charge de l'Etat, et prises en charge par le budget de la justice.

• *Rationalisation du financement du régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles*

Il est proposé de modifier le dispositif visant à compenser l'élargissement de l'assiette de cotisations des non-salariés agricoles aux dividendes, en affectant une fraction des droits de consommation sur les alcools attribués aux branches vieillesse et maladie du régime des personnes non salariées des professions agricoles au régime complémentaire obligatoire (RCO). Cette fraction est déterminée de telle sorte que le montant de la compensation future corresponde aux recettes actuellement perçues par le RCO.

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

Les mesures entrainent modifications de recettes ainsi que des réaffectations de recettes qui engendrent des effets redistributifs entre branches de la sécurité sociale qui doivent être compensés par réaffectation de recettes en application du 5° du B du V. de l'article LO. 111-3.

En outre, dans la continuité de l'article 15 de la LFSS pour 2018 qu'elle modifie, la mesure organise les transferts entre le régime général et le régime des indépendants. Elle relève donc de la LFSS en application des 4° et 5° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. La mesure pourrait s'inscrire le cas échéant au sein de l'article général du PLFSS relative aux transferts inter-organismes et administrations.

Enfin, les dispositions relatives au plan de redressement des SAAD, financé pour partie par des crédits affectés en section I du budget de la CNSA, relèvent bien du domaine de la LFSS au titre du 4° du B du V de l'article LO 111-3.

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

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

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.

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 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 présent article modifie les articles suivants du code de la sécurité sociale : L. 114-8, L. 131-7, L. 131-8, L. 612-5, L. 622-2 et L. 635-4-1. Sont également modifiés les articles L. 731-2 et L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Sans objet pour les dispositions financières générales.

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 -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P	2021	2022	2023
CNAM					
Affectation de TVA (PLF)		- 1 012	- 1 012	- 1 012	- 1 012
Réaffectation de TS			+ 1 459	+ 1 459	+ 1 459
Transfert de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)	-	+ 1 459 - 140	-140	-140	- 140
Annulation des transferts Etat et CADES		+ 1635	+ 4 268	+ 6 778	+ 6 816
CNAV					
Annulation des transferts Etat et CADES	-	+ 239	+ 331	+ 377	+ 390
CNAF					
Annulation des transferts Etat et CADES	-	+ 1 208	+ 2 314	+ 2 891	+ 2 990
ACOSS					
Affectation de TVA (PLF)	-	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173
Perte de TS		- 1 459	-1 459	- 1 459	- 1 459
FSV					
Annulation des transferts Etat et CADES		+ 20	+ 25	+ 26	+ 24
Branche vieillesse des non-salariés agricoles					
Trasferts de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)		- 10	- 10	- 10	- 10
Total ROBSS + FSV		+ 6 112	+ 9 949	+ 13 083	+ 13 231
CNSA					

Financement des SAAD	-	- 50	-	-	-
RCO des exploitants agricoles					
Suppression de la taxe sur les huiles (PLF 2019)		- 130	- 130	- 130	- 130
Suppression de l'affectation des recettes de cotisations des autres risques	-	- 20	- 20	- 20	- 20
Transferts de droits sur les alcools		+ 150	+ 150	+ 150	+ 150

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

- ***Impact des dispositions relatives à la compensation du régime spécial des agents de la SNCF***

L'impact financier a été calculé en tenant compte d'une chronique prévisionnelle de perte d'effectifs cotisants transmise par la CPRP SNCF.

Le tableau ci-après présente uniquement le transfert de cotisations entre les régimes de droit commun et le régime spécial de la SNCF indépendamment des autres transferts qui pourront être modifiés en raison de l'impact de la fermeture du statut sur la démographie du régime (compensation démographique inter-régimes) et du reste à charge du régime spécial en raison du caractère spécifique de sa structure de cotisations (taux de cotisation « T2 » finançant les droits spécifiques du régime).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P	2021 P	2022 P	2023 P
CNAV/AGIRC-ARRCO	Néant	*-14*	*-31*	*-51*	*-73*
CPRP SNCF	Néant	*14*	*31*	*51*	*73*

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

Pour calculer le surcoût net pour le régime SNCF lié à l'arrêt des recrutements dans le cadre permanent de la SNCF, il convient donc d'intégrer le complément que le régime devrait recevoir au titre de la compensation démographique inter-régimes. En effet, en « fermant » le statut SNCF, la loi n°2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire a indirectement influé sur la structure démographique du régime en accentuant le déséquilibre préexistant entre la population de cotisants et la population de pensionnés du régime spécial. Or, ce déséquilibre est en partie compensé par la compensation démographique inter-régimes.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Surcoût net pour le régime SNCF de la fermeture du statut SNCF (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P	2021 P	2022 P	2023 P
Perte de cotisations pour le régime spécial SNCF	Néant	*- 27*	*- 61*	*- 100*	*- 141*
Compensation de la perte de cotisations par un transfert des régimes de droit commun	Néant	*14*	*31*	*51*	*73*
Compensation au titre de compensation inter-régimes	Néant	*5*	*12*	*19*	*25*
Surcoût net pour le régime SNCF	**Néant**	**-8**	**-18**	**-30**	**-43**

Ces évaluations n'ont qu'un caractère prévisionnel. Le montant de la compensation versée *in fine* par les régimes de droit commun dépendra des cohortes de nouveaux affiliés effectivement constatées au titre de la branche ferroviaire.

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

a) impacts économiques

Aucun

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Aucun

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

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

Aucun

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

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

Aucun

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

La finalisation de la réforme du RSI fait suite aux travaux menés dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme. La répartition des activités liées à la gestion opérationnelle des réserves des régimes complémentaires des travailleurs indépendants fait l'objet d'un consensus entre la CNAV et l'ACOSS qui ont déjà mené les travaux nécessaires, pour l'une en ce qui concerne les activités concourant au pilotage du régime et pour l'autre en ce qui concerne les placements. Dans les deux cas, ces activités sont proches du cœur de métier de ces caisses nationales. Les adaptations partagées à porter aux outils comptables pour la mise en œuvre de ces tâches ont également été programmées.

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

La finalisation de la réforme du RSI sera gérée dans le cadre des moyens existants.

La mesure relative à la CNITAAT entraîne une charge moindre pour les régimes de sécurité sociale, puisqu'elle annule, à partir du 1er janvier 2021, la charge des dépenses de toute nature de la CNITAAT qui leur incomberait en cas de prolongation de la CNITAAT au-delà.

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 sera adopté en fin d'année pour préciser les modalités de liquidation et d'arrêt comptable des ex-caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Un décret en conseil d'Etat sera également adopté au premier semestre 2020 pour étendre l'application de certaines des dispositions du code des juridictions financières relatives aux communications de la Cour dans le cadre de la certification des comptes du régime général (articles R. 143-11, , et R. 143-22 du CJF).

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 de la finalisation de la réforme du RSI aura lieu dans le cadre, déjà prévu, du comité de pilotage et du comité de surveillance de la réforme qui se maintiendront courant 2020 pour vérifier du bon achèvement complet de la réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 114-8 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 114-8 modifié du code de la sécurité sociale**
Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.	Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières **et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1**, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.
Article L. 131-7 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 131-7 modifié du code de la sécurité sociale**
Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux réductions et exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17.	**I.** Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi. La règle définie au premier alinéa s'applique également : 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée. A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat. **II. Le I n'est pas applicable :** **« 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5 bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéa de l'article L. 137-15, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, et L. 241-17, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;** **« 2° A la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. »**

Article L. 131-8 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 131-8 modifié du code de la sécurité sociale
Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 44,97 % ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 35,24 % ; -à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 9,79 % ; - à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,01 % ; 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé : a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ; b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de : - 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ; - 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ; - 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; - 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; - 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ; - 5,05 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;	Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous : 1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé : -à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à ~~44,97~~**53,37 %** ; -à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à ~~35,24~~ **27,57 %** ; -à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à **19,06 % ;** 2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ; 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé : a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de ~~0,95 % ;~~: **- 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis** **- 0,68% pour la contribution mentionnée au 3° du I** b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de : - 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ; - ~~7,35~~ **5,30** % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ; - 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ; - 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ; - 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;

	- 5,05 % pour les revenus mentionnés au III bis dudit article L. 136-8 ; c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à ~~0,30~~ **0,22** % ;
	Article L. 612-5-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Sans préjudice de l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement.
Article L. 622-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 622-2 modifié du code de la sécurité sociale**
Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour les assurés mentionnés à l'article L. 622-1, sur proposition du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, et pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du conseil précité et des sections professionnelles correspondantes mentionnées à l'article L. 641-1 ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. L'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. (…) 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.	Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour les assurés mentionnés à l'article L. 622-1, sur proposition du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, et pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du conseil précité et des sections professionnelles correspondantes mentionnées à l'article L. 641-1 ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. L'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes. (…) Le service des prestations mentionnées au présent article est **confié** ~~*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 **dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'Etat. Les modalités de financement des coûts afférents au service de ces prestations sont prévues par décret.**
Article L. 632-2 du code de la sécurité sociale (version au 1er janvier 2020)	**Article L. 632-2 modifié du code de la sécurité sociale**
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.	Le service des prestations mentionnées à la présente section est **confié** ~~*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 **dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'Etat**.

	Les modalités de financement des coûts afférents au service de ces prestations sont prévues par décret.
Article L. 635-4-1 du code de la sécurité sociale (version au 1er janvier 2020)	**Article L. 635-4-1 modifié du code de la sécurité sociale**
Le service des prestations mentionnées au présent chapitre 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. 215-1 et L. 752-4.	Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est **confié** ~~*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. 215-1 et L. 752-4 **dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'Etat. Les modalités de financement des coûts afférents au service de ces prestations sont prévues par décret.** **La Caisse nationale d'assurance vieillesse réalise les travaux [et études] nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion des placements financiers et des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, et la passation des marchés afférents. La gestion financière de ces placements, notamment relative à la tenue des comptes bancaires du CPSTI, est confiée par mandat à l'ACOSS. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'Etat, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents au service de ces prestations sont prévues par décret.**
Article L. 731-2 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 731-2 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;	Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ; 3° abrogé ; 4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;

5° Une fraction égale à 53,08 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) ; 7° (Abrogé) ; 8° (Abrogé) ; 9° (Abrogé) ; 10° (Abrogé) ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.	5° Une fraction égale à ~~53,08~~ **46,60** % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; 6° (Abrogé) ; 7° (Abrogé) ; 8° (Abrogé) ; 9° (Abrogé) ; 10° (Abrogé) ; 11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ; 12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; 13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie destinée à assurer l'équilibre financier de la branche dans les conditions fixées par l'article L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale ; 14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ; 15° Toute autre ressource prévue par la loi.
Article L. 731-3 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 731-3 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° *bis* Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ; 3° Une fraction égale à 40,05 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; [...]	Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par : 1° Les cotisations dues par les assujettis ; 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ; 2° *bis* Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ; 3° Une fraction égale à ~~40,05 %~~ **39,59 %** du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ; [...]
Article L. 732-58 actuel du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 732-58 modifié du code rural et de la pêche maritime**
Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : -par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; -par une fraction, fixée à 4,18 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; -par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 vicies du code général des impôts. Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :	Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé : -par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ; -par une fraction, fixée à ~~4,18~~ **13,81** %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ; -par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 vicies du code général des impôts. Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :

-les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; -les frais de gestion.	-les prestations prévues à l'article L. 732-60 ; -les frais de gestion.

Article 24 - Réforme du financement des hôpitaux de proximité

I. Présentation de la mesure

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

La mesure constitue une réinvention du modèle actuel des hôpitaux de proximité défini à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale. Celui-ci a été conçu dans le cadre de la première réforme des hôpitaux de proximité mise en place à la suite de la LFSS pour 2015. La notion d'hôpital de proximité introduite en 2015 dans le code de la santé publique avait pour objectif de prévoir des modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité pour des établissements caractérisés par un volume d'activité limité en médecine. Il s'agissait en premier lieu de proposer une alternative à la tarification à l'activité aux anciens hôpitaux locaux, financés par des reconductions de dotations historiques et dont l'entrée dans le droit commun aurait, pour certains, engendré des pertes de recettes très importantes.

Le nouveau cadre de définition proposé au sein de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, porte une ambition plus forte en qualifiant l'hôpital de proximité par ses missions, son fonctionnement et le service qu'il doit rendre à la population du territoire. Aussi, le modèle de financement actuel défini à l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est trop restrictif car il porte uniquement sur les prestations hospitalières de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

Ainsi, cette mesure vise à proposer un modèle de financement adapté aux missions des hôpitaux de proximité telles qu'elles sont désormais prévues par la loi.

La réforme des hôpitaux de proximité s'inscrit dans des évolutions très structurantes portées par la stratégie de transformation du système de santé C'est une nouvelle organisation des soins où les acteurs sont recentrés sur leur cœur de métier et d'expertise qui est proposée. Elle s'appuie sur deux évolutions majeures : le renforcement des soins primaires par une structuration des acteurs de premier recours et une redéfinition des niveaux de recours hospitaliers sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins.

Les hôpitaux de proximité sont désormais tenus d'assurer:

- le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine et l'orientation vers les structures adaptées aux besoins des patients ;
- des missions partagées avec les acteurs du territoire (notamment la médecine de ville) : l'appui au premier recours, la prise en charge des populations vulnérables, la prévention, la permanence des soins et la continuité des prises en charge.

Les hôpitaux de proximité constituent par conséquent des structures « hybrides ». Si leur vocation première, en tant qu'établissement de santé est de participer à l'offre hospitalière, leur champ d'action dépasse ce seul cadre et leur mode de fonctionnement est amené à différer sensiblement de celui des structures hospitalières « classiques » :

- d'abord car ils ont un périmètre d'activité défini par la loi : ils exerceront obligatoirement une activité de médecine, proposeront des consultations de spécialités et organiseront l'accès à des plateaux techniques légers a minima et des équipements de télésanté, mais ne seront pas autorisés en chirurgie (sauf dérogation dans un cadre limité) et en obstétrique. Ce positionnement sur des activités non techniques de première ligne a un impact important sur l'organisation de la structure ;
- ensuite car leur cadre de définition impose une intrication étroite avec les professionnels de ville et du territoire dans la réalisation de missions partagées. Elle se traduira par une participation des acteurs, et notamment des communautés territoriales des professionnels de santé (CPTS) à la gouvernance de l'hôpital de proximité et par conséquent au projet d'établissement. En cible, c'est un fonctionnement basé sur un exercice partagé des professionnels, facteur de décloisonnement, qui est visé.

Ce modèle d'organisation vise à apporter un degré de technicité supplémentaire aux soins primaires réalisés en ville, nécessaire aux prises en charge qui gagnent à être réalisées en proximité. L'hôpital de proximité y apporte un environnement sécurisé en cas d'épisode aigu, avec organisation de l'accès aux compétences et expertises nécessaires. Leurs missions les placent également dans un positionnement « proactif » dans la réponse aux besoins de la population avec les acteurs du territoire. En ce sens, un lien privilégié sera à nouer avec les CPTS qui seront en charge de l'organisation des missions d'accès aux soins, d'organisation des parcours et d'actions de prévention et bénéficieront d'un

accompagnement financier à cet effet. Ainsi le financement devra être adapté à ce modèle d'organisation cible des hôpitaux de proximité qui doit conduire à un recours moindre à l'hospitalisation en incitant :

- à adapter la prise en charge à la situation du patient et de son environnement de proximité pour favoriser le maintien à domicile et éviter les ré-hospitalisations ;
- à éviter les passages aux urgences quand cela est possible, particulièrement pour les personnes âgées ;
- à mettre en œuvre des solutions alternatives à l'hospitalisation complète et favoriser les diagnostics précoces.

Compte tenu du rôle des hôpitaux de proximité, le volume annuel de l'activité hospitalière ne peut constituer le « cœur » de leur modalité de de financement. Le dispositif doit permettre, d'une part, de sécuriser les activités « socles » de ces établissements et en particulier l'activité de médecine qui constitue le socle commun à tous les hôpitaux de proximité, mais aussi l'offre de consultations de spécialités et l'accès à des plateaux techniques et les équipements de télésanté, et, d'autre part, à inciter au développement d'une prise en charge globale coordonnée avec la ville. Le modèle d'organisation ciblé s'applique par ailleurs à des structures de taille relativement réduite, facteur d'adaptabilité aux enjeux territoriaux mais qui implique également une sensibilité accrue aux variations d'activité. De plus, la variabilité du risque des prises en charge en médecine, notamment quand elle s'adresse à une patientèle âgée et souffrant de comorbidités ne peut être compensée par ces structures par l'assurance d'activités programmées, telles que la chirurgie et l'obstétrique.

La tarification à l'activité, même atténuée pour les établissements répondant aux critères d'éligibilité définis en 2016 par la mise en place d'un seuil de recettes complémentaires au droit commun (en moyenne, l'établissement est assuré de percevoir 90% de ses recettes historiques), ne semble donc pas compatible avec les objectifs de la réforme. Aussi le modèle vise à intégrer davantage une logique territoriale ou populationnelle, en privilégiant des vecteurs de financement de type forfait ou dotation.

Enfin, parce que la réussite du modèle des hôpitaux de proximité repose sur le décloisonnement entre la médecine de ville et le monde hospitalier, il est nécessaire de valoriser la pratique de l'exercice mixte. Afin d'assurer la continuité des prises en charge et le suivi des patients par leur médecin, l'hôpital de proximité doit davantage s'ouvrir aux professionnels libéraux pour que ceux-ci puissent y poursuivre leurs prises en charge et apporter leur expertise. Des modalités spécifiques de rémunération de ces professionnels doivent être mises en place pour rendre attractif ce mode de fonctionnement rénové.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée emporte une refonte globale des modalités de financement des hôpitaux de proximité qui se décompose en deux volets : un modèle général de financement réinventé et des modalités de rémunérations supplémentaires des professionnels en exercice mixte qui contribueront à assurer les missions des hôpitaux de proximité.

- ***Premier volet : la réinvention du modèle de financement***

Ce modèle de financement doit conduire à :

- sécuriser le financement des activités socles des hôpitaux de proximité: la médecine, les consultations de spécialités, l'accès à des plateaux techniques et de télésanté tout en tenant compte des dynamiques de population, de manière à offrir de la visibilité aux établissements et leur permettre de se projeter dans des projets complémentaires ou alternatifs à la seule hospitalisation complète en médecine ;
- financer des missions nouvelles dont certaines seront co-organisées avec les CPTS. Ces missions nouvelles impliquent de financer de nouveaux services à la population. La dimension organisationnelle liée à la mise en place de ces pratiques décloisonnées pourra également être intégrée dans ce financement complémentaire (association active des acteurs du territoire à la gouvernance, exercice mixte des praticiens) ;
- éviter toute logique de « production » d'actes pour atteindre un équilibre financier et inciter plutôt au développement d'actions préventives et d'amélioration de la coordination des soins et complémentaire à l'action des professionnels de ville.

Enfin un réel enjeu de simplicité et de lisibilité pour les acteurs doit être pris en compte dans la construction du modèle.

Dès lors, la mesure proposée vise à intégrer dans le périmètre du modèle de financement l'ensemble des missions des hôpitaux de proximité telles que définies au nouvel article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, et non plus les seules activités de médecine ou de SSR. Le modèle repose sur deux vecteurs :

- D'une part une garantie de financement pluriannuelle pour prémunir de toute baisse, sur un cycle donné, le niveau de financement des activités hospitalières obligatoires (l'activité de médecine), financées en tout ou partie à l'activité. Le niveau de cette garantie sera fixé en prenant en compte le volume d'activité et les recettes antérieurement perçues par l'établissement ainsi que les besoins de santé du territoire et la qualité des prises en charge.
- D'autre part une dotation de responsabilité territoriale, au titre des missions complémentaires et partagées des hôpitaux de proximité, dont les modalités d'allocation devront être basées sur une contractualisation avec les acteurs du territoire et les tutelles et des exigences de qualité de prises en charge.

  Cette dotation a notamment vocation à accompagner financièrement des activités socles des hôpitaux de proximité comme la mise en place d'un plateau de consultations de spécialités et l'accès à des plateaux techniques et de télésanté. Elle permettra également d'indemniser les professionnels libéraux pour l'exercice des missions de l'établissement, et plus largement à mettre en place des actions coordonnées pour répondre aux besoins en soins de proximité (prévention, permanence des soins, coordination des parcours).

- ***Deuxième volet : la valorisation de l'exercice mixte des professionnels libéraux***

La loi portant organisation et transformation du système de santé précise que l'ensemble des missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des professionnels de la médecine ambulatoire. Afin de développer la pratique de l'exercice mixte des professionnels libéraux il est nécessaire d'adapter les modalités de rémunération de cette activité.

Aujourd'hui, l'article L. 6146-2 du code de la santé publique permet à des professionnels libéraux de participer à l'exercice des missions des établissements de santé publics. Ce texte prévoit que ces interventions donnent lieu au versement d'honoraires aux tarifs conventionnels, le cas échéant minorés d'une redevance.

Ces modalités de rémunération, essentiellement basées sur la tarification conventionnelle à l'acte, ne sont pas suffisamment attractives pour les professionnels de santé. Les pratiques qu'impliquent le suivi des patients hospitalisés ne correspondent pas nécessairement aux actes dont les tarifs ont été fixés par les partenaires conventionnels. En effet, les modalités de rémunération actuelles ne prennent pas en compte les temps « non cliniques » que nécessitent l'exercice hospitalier. Sont visés ici notamment les temps de coordination avec les équipes soignantes, l'activité de codage PMSI, la participation aux instances médicales de l'établissement voire du GHT ou encore l'organisation des admissions directes et la préparation de la sortie d'hospitalisation.

Ainsi, poursuivant la logique qui a guidé la mise en place de rémunérations forfaitaires pour la participation à la permanence des soins, il est proposé d'indemniser les professionnels libéraux qui participent à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité, telles qu'elles sont désormais prévues au nouvel article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

Cette indemnité s'ajoutera aux honoraires fixés sur la base des tarifs conventionnels et concernera les professionnels libéraux qui participent directement à la prise en charge hospitalière des patients. Elle vise à rémunérer les professionnels libéraux pour leurs activités hospitalières « non cliniques » nécessaires à l'exercice de la mission commune à tout hôpital de proximité, à savoir assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine. Aussi, les activités purement cliniques, tels que les actes et les consultations qu'ils pourraient réaliser à l'hôpital resteront rémunérées selon les tarifs conventionnels.

La mesure prévoit également la possibilité pour des professionnels libéraux exerçant dans des hôpitaux de proximité de statut privé de bénéficier de ces indemnisations.

Les modalités de fixation et de versement de cette indemnité seront fixées par voie réglementaire.

b) Autres options possibles

L'article 35 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé habilite le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance concernant les hôpitaux de proximité. Une première option aurait donc été de réformer les modalités de financement de ces établissements par voie d'ordonnance. Toutefois, afin de soumettre ce débat fondamental à la discussion parlementaire, le financement a été retiré du champ de l'habilitation.

Concernant la modification du modèle général de financement des hôpitaux de proximité, une autre option possible consisterait à passer par la voie réglementaire en modifiant le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement. Toutefois, cela ne permettrait pas de mettre en place un financement des missions et

activités nouvelles des hôpitaux de proximité, par exemple les consultations de spécialités ou les actions de prévention. Il est donc nécessaire de passer par la voie législative en modifiant l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale.

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

Un mode dérogatoire de financement s'applique déjà depuis 2016 aux hôpitaux de proximité, tels que définis par l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique jusqu'à la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Aujourd'hui, environ 240 établissements sont labellisés hôpitaux de proximité, sur la base de critères d'activités plafonnées et de fragilité du territoire. Ces critères ne sont pas repris par le nouveau modèle, qui définit les hôpitaux de proximité par les missions qu'ils exercent et les services qu'ils rendent à la population. Ainsi, un nombre plus conséquent d'établissements de santé devraient répondre à ce cadre de définition. Cette augmentation du nombre d'établissements éligibles au mode de financement dérogatoire créera une dépense supplémentaire pour les régimes d'assurance maladie.

En outre, au-delà de la sécurisation des recettes de l'établissement, la mesure vise à permettre de financer les nouvelles missions des hôpitaux de proximité, qui ne bénéficient pas à ce jour de financements dédiés ou adaptés.

A ce titre également, le dispositif proposé engendre une dépense supplémentaire pour les régimes d'assurance maladie.

Enfin, la création de l'indemnité visant à rémunérer les professionnels libéraux qui participeront à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité est de nature à générer une dépense supplémentaire pour les régimes d'assurance maladie.

Ainsi, la mesure crée une dépense estimée à 40 M€ pour ces régimes en 2020 dans le cadre d'un dispositif transitoire et d'une montée en charge progressive du dispositif, pour atteindre 100 M€ de surcoût global lorsque le modèle cible sera intégralement appliqué à compter de 2021. Elle trouve donc sa place en LFSS en application 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 CNAM, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant une saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure 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 proposée remplace l'actuel article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale et complète l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le modèle actuel, qui concerne 241 établissements de santé de taille relativement réduite, consiste à garantir 90 % en moyenne des recettes antérieures des prestations hospitalières de médecine.

Dans la perspective de proposer une sécurisation complète du financement de l'activité hospitalière en médecine dès 2020, et sur un plus grand nombre d'établissements a priori de taille plus importante on peut envisager deux types d'impact :

- L'assurance de ne pas subir une perte de recettes sur l'activité de médecine pour les établissements actuellement éligibles au modèle de financement dérogatoire : en visant une garantie de chiffre d'affaires de 100 %, on atteindrait un surcoût de 10 M€ ;
- L'élargissement du dispositif à des établissements de taille potentiellement plus importante ferait atteindre un surcoût de 15 M€.

Afin de donner de la visibilité aux établissements, le montant de la garantie pourrait être ajusté tous les trois ans, sur la base de l'activité effectivement réalisée (ou de la file active) des besoins de santé du territoire et de critères de qualité des prises en charge. Des modalités de suivi de la réalisation du projet d'établissement par les ARS pourraient être mises en place durant ce cycle.

En complément, une enveloppe dédiée, nommée dotation de responsabilité territoriale, sera constituée de manière à :

- financer de manière appropriée la mise en place d'une offre de consultations de spécialités ;
- sécuriser l'organisation de l'activité de biologie et d'imagerie, notamment lorsque les plateaux techniques sont mis à disposition des acteurs du territoire ;
- mettre en place des actions visant à mieux répondre aux besoins de soins de proximité du territoire (prévention, permanence des soins, actions de coordination…) ;
- indemniser les professionnels libéraux participant à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité qu'ils soient de statut public ou privé.

Ce second vecteur de financement sera alloué par les ARS, de façon à mieux prendre en compte les réalités locales et territoriales.

Cette enveloppe d'un montant de 15 M€ (soit 2 % de la masse estimée des recettes en médecine des établissements intégrés en 2020) permettra de financer la mise en place de ces nouvelles missions. Elle sera versée à l'ensemble des établissements entrés dans le dispositif dès 2020.

Le coût total de la mesure pour 2020 est donc estimé à 40 M€.

L'intégration d'établissements de taille plus importante et le déploiement effectif de l'ensemble des missions pourrait conduire pour 2021 à un impact supplémentaire estimé à 60 M€, soit un surcoût total cible de 100 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		- 40	- 100		

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

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

L'objectif de la mesure est d'assurer le maillage territorial de l'offre hospitalière de proximité. Celle-ci se déploiera notamment dans des zones touchées par les problématiques de démographie médicale, en garantissant une certaine stabilité des recettes des hôpitaux de proximité.

La mesure pourrait également contribuer à développer l'attractivité de ces établissements et par conséquent des territoires sur lesquels ils sont implantés (installation de professionnels, développement de l'activité des services de santé et médico-sociaux).

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

La mesure pourrait participer à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. En effet, la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité fait explicitement partie des missions des hôpitaux de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 nouveau du code de la santé publique qui seront valorisées par le nouveau modèle de financement.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Sans objet.

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

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

Les assurés 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.

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

La mesure propose une évolution du modèle de financement qui viendra se substituer au cadre existant. Un temps de déploiement sera nécessaire pour adapter certaines procédures (ex : facturation et système d'information). Néanmoins, en « cible » le modèle n'a pas vocation à générer une charge supplémentaire pour les administrations publiques, la simplicité du modèle étant un des objectifs poursuivis, tant dans son calibrage par l'administration centrale que dans sa mise en œuvre par les agences régionales de santé et les caisses de sécurité sociale.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour préciser les conditions de mise en œuvre de la mesure qui modifie l'article L. 162-23-16. Les modalités de versement des ressources des hôpitaux de proximité devront en conséquence être adaptées par arrêté. Les premières labellisations étant prévues pour fin 2020 au plus tard, les textes d'application devront être publiés au deuxième semestre 2020.

Concernant les modalités transitoires de versement pour l'année 2020, il est nécessaire de modifier l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

Concernant la rémunération spécifique des professionnels libéraux participant aux missions des hôpitaux de proximité, un décret en Conseil d'Etat précisera les modalités de mise en œuvre de cette mesure courant 2020.

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

Il est proposé une entrée en vigueur de l'ensemble de la mesure au 1er janvier 2020 afin que les établissements de santé bénéficient du nouveau modèle de financement dès 2020. Des modalités transitoires de versement pourront être définies par voie réglementaire au titre de l'année 2020 afin de tenir compte de la nécessaire montée en charge des nouveaux vecteurs de financement. De même, le dispositif de rémunération des professionnels libéraux exerçant en hôpital de proximité entre en vigueur au 1er janvier 2020 et s'appliquera dès lors que les textes d'application seront publiés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre fait notamment l'objet d'un suivi et d'une information du Parlement dans le cadre du rapport sur le financement des établissements de santé transmis chaque année au Parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 162-23-16 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-23-16 modifié du code de la sécurité sociale**
Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'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.*~~ **I. – Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine et par dérogation à l'article L. 162-22-6, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ils bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité, lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée ;** **II. – Ils bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté, et à financer l'indemnité prévue à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.** **Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 6146-2 actuel du code de la santé publique	**Article L. 6146-2 modifié du code de la santé publique**
Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à	Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à

participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.	participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.
Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.	Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.
	Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1, peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa.

Article 25 - Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des SSR

I. Présentation de la mesure

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

a) Réforme du modèle de financement de la psychiatrie

L'activité de psychiatrie en établissements de santé est actuellement financée selon deux modalités différentes :

- Les établissements publics et la majeure partie des établissements privés non lucratifs disposent d'un financement en « dotation globale ». Cette dotation annuelle de financement (DAF) leur est allouée annuellement au titre du secteur dont ils sont responsables. En 2018, la DAF totale s'élevait à 9 Md€ ;
- Les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif sont dits sous objectif quantifié national (OQN). Ces établissements bénéficient d'un financement à l'activité, fondé principalement sur des paiements par journée d'hospitalisation. Les tarifs sont fixés au niveau de chaque établissement dans le cadre d'une négociation tarifaire entre l'établissement et le DG ARS, dans le respect du taux d'évolution moyen fixé au niveau national et décliné au niveau régional par arrêté. Le montant de l'objectif quantifié national était de 735 M€ en 2018.

La situation actuelle est inéquitable à plusieurs titres.

Tout d'abord, les critères de répartition de la DAF entre régions sont des critères historiques, qui conduisent à de fortes inégalités de traitement. Ainsi, les écarts de financement entre régions (DAF et OQN), rapportés aux nombres d'habitants et corrigés des taux de fuite et d'attractivité entre régions, peuvent aller jusqu'à 40%.

Par ailleurs, les ressources allouées au secteur privé augmentent plus vite que dans le secteur public du fait des modes de financement très différents entre les deux secteurs.

En outre, la dichotomie des modalités de financement ne favorise pas les nécessaires évolutions des modalités de prise en charge des patients. Alors que le secteur public a entamé sa conversion vers une psychiatrie ambulatoire, le mode de financement du secteur privé au prix de journée incite à l'hospitalisation complète. Ce secteur réalise ainsi 26% des hospitalisations complètes et la durée moyenne de séjour y est de 38 jours contre 28 jours dans le secteur public, qui a engagé un mouvement de réduction de ses capacités d'hospitalisation complète.

En se fondant sur ces constats, de nombreux rapports ont souligné la nécessité de revoir sans plus attendre les modalités de financement de la psychiatrie, notamment :

- La mission « flash » de Mme Martine Wonner sur le financement de la psychiatrie (2019) : ce rapport a préconisé une réforme substantielle des modalités de financements de l'ensemble des établissements ;
- Le rapport IGAS de 2017, qui souligne la nécessité d'aller vers un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques, et préconise d'élaborer au niveau national un projet d'évolution du modèle de répartition des financements ;
- Le rapport de M. Olivier Véran sur l'évolution des modalités de financement (2017), qui appelle de ses vœux une telle réforme, qui doit permettre la diffusion des innovations, une plus grande équité des financements et un égal accès de tous aux soins en santé mentale.

Une refonte en profondeur du modèle de financement de la psychiatrie apparaît donc aujourd'hui indispensable. Cette réforme, qui s'inscrit dans l'axe 2 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, devra permettre notamment de redonner des marges de manœuvre au secteur public pour développer des prises en charge de qualité sur les territoires. Ses principaux objectifs sont ainsi les suivants :

- Rassembler les secteurs sous DAF et sous OQN dans un modèle de financement commun respectueux de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires ;
- Faciliter les coopérations entre établissements et avec la médecine de ville et le secteur médico-social ;
- Stimuler et soutenir l'émergence d'activités nouvelles et innovantes en psychiatrie, ainsi que la recherche, notamment en pédopsychiatrie ;
- Inciter à des prises en charge de qualité et d'améliorer la prise en charge somatique des patients ;
- Lever les freins et inciter au développement des prises en charge ambulatoires.

b) Evolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

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 initial 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 d'accompagner l'évolution nécessaire des prises en charge, dans leurs modalités organisationnelles comme dans leur intensité.

Cette dichotomie s'est traduite historiquement par de fortes inégalités de répartition des ressources budgétaires, tant entre régions qu'entre établissements.

Le modèle introduit en LFSS pour 2016 est commun aux deux secteurs et repose sur un financement comprenant :

- Une part de « dotation modulée à l'activité » composée d'une valorisation pour chaque séjour réalisé et d'un montant fondé sur l'activité des années antérieures ;
- Des compartiments complémentaires pour financer les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés ainsi que certaines missions d'intérêt général. Les établissements de SSR bénéficient par ailleurs depuis 2017 du financement à la qualité.

La mise en œuvre de la réforme a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes et nouvelles modalités de financement afin de permettre aux établissements d'appréhender la réforme progressivement, en limitant les effets revenus et de finaliser en parallèle les évolutions techniques et organisationnelles nécessaires. Cette période transitoire doit prendre fin à compter du 31 décembre 2019.

Durant cette phase de transition, des travaux ont été menés avec les acteurs hospitaliers concernés pour définir de manière prospective les orientations stratégiques concernant les missions et l'organisation de l'offre de soins de SSR pour les dix prochaines années, dans le cadre, notamment, de la refonte du régime des autorisations.

Ces travaux ont permis d'identifier trois objectifs principaux pour la réforme du financement en SSR :

- Améliorer la qualité des prises en charge en SSR et en garantir l'homogénéité sur l'ensemble du territoire national ;
- Mieux valoriser les prises en charge spécialisées, en réponse aux besoins de la population ;
- Accompagner la transformation des organisations, en soutenant le développement de l'ambulatoire ainsi que l'innovation organisationnelle et technologique.

A l'issue de ces travaux, il a été acté, en concertation avec les acteurs concernés, que l'architecture globale du modèle de financement inscrit dans la loi était pertinente et cohérente avec ces objectifs.

Pour autant, afin de répondre pleinement aux attentes des acteurs, deux chantiers ont été engagés pour affiner ce nouveau modèle de financement :

- Un premier chantier visant à améliorer les outils de description et de valorisation de l'activité réalisée afin, notamment, de mieux prendre en compte l'intensité des soins dans le cadre des prises en charge spécialisées ;
- Un second chantier visant à repenser le modèle de « dotation modulée à l'activité » pour l'adapter aux nouveaux enjeux identifiés, en cohérence avec les orientations de la réforme du financement du système de santé.

Ce second chantier nécessite d'adapter les dispositions législatives existantes. De manière globale, ces travaux complémentaires conduisent à reporter d'un an la date d'entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR, celle-ci étant désormais fixée au 1er janvier 2021, afin de finaliser les travaux engagés.

Enfin, le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) a formulé une recommandation visant à étendre aux patients hospitalisés en SSR le bénéfice des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU. La mise en œuvre de cette recommandation nécessite de compléter les dispositions législatives relatives au financement des SSR.

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

a) Mesure proposée

- ***Réforme du financement de la psychiatrie***

Il est proposé d'introduire un mode de financement commun pour l'ensemble des établissements exerçant l'activité de psychiatrie. En cohérence avec ce modèle de financement unifié, l'ensemble des dépenses des établissements de psychiatrie seraient rassemblées au sein d'un même objectif de dépenses, à l'instar de ce qui existe sur le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Dans le cadre de ce nouveau modèle, les établissements de psychiatrie seraient financés majoritairement par des dotations réparties au niveau régional d'une part, et d'autre part par des dotations complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge et la recherche.

Selon les secteurs, les proportions respectives de financement populationnel et de financement à l'activité pourraient varier, le financement populationnel ayant vocation à rester prépondérant.

Dotations régionales

Le financement serait majoritairement porté par une dotation populationnelle versée aux agences régionales de santé (ARS) qui auront la responsabilité de sa répartition entre établissements. Cette dotation aurait vocation à représenter la part majoritaire des financements d'un établissement.

Le niveau de cette dotation par région serait calculé en fonction de la population standardisée des secteurs, du taux de pauvreté et de la proportion des mineurs dans la population, au vu des surcoûts liés à leur prise en charge. D'autres critères de modulation pourront être ajoutés en fonction des travaux conduits avec les fédérations.

Cette dotation permettra notamment de faire converger entre régions les dotations annuelles de financement (DAF) historiques sur des critères de population, afin de réduire les inégalités régionales de moyens existantes. Toutefois, le rythme et la trajectoire de convergence serait défini de manière à ce qu'aucune région ne soit perdante et que les moyens de chaque région soient donc stables à minima.

Les critères de répartition de cette dotation entre les établissements seront fixés par le DG ARS à l'issue d'une concertation locale associant notamment l'assurance maladie et les fédérations hospitalières. Ils tiendront notamment compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire.

Une dotation pour le financement de nouvelles activités pourrait également être allouée au niveau régional, afin de favoriser la diffusion et le déploiement d'activités et de méthodes de prise en charge innovantes.

Dotations aux établissements

Des dotations complémentaires seront versées aux établissements, selon des modalités de calcul définies au niveau national. Ces dotations comprendront notamment :

- Une dotation à l'activité, calculée en fonction de l'accroissement des files actives, qui seront différenciées pour mieux prendre en compte les spécificités d'activité des établissements ;
- Un financement à la qualité (IFAQ) conformément aux dispositions de l'article L. 163-23-15 du code de la sécurité sociale ;
- Une valorisation pour certains établissements de l'activité de recherche ;
- Une valorisation pour l'exhaustivité et la qualité du codage, qui serait transitoire. Le codage de l'activité en psychiatrie est encore trop inégal en particulier dans les CMP. Le codage est indispensable pour améliorer la compréhension des activités et des besoins, ainsi que la répartition équitable des financements ;
- Des financements pour les missions spécifiques exercées par les établissements.

Le nouveau modèle de financement de la psychiatrie entrera en vigueur en 2021, l'année 2020 étant une année consacrée à la préparation de la réforme. Une attention particulière sera portée à l'atténuation des effets revenus liés la mise en œuvre du nouveau modèle.

- ***Evolution du modèle cible de financement des SSR***

La mesure proposée vise :

- D'une part, à adapter le modèle cible au regard des travaux en cours visant à faire évoluer la « dotation modulée à l'activité » pour le financement des SSR ;
- D'autre part, à décaler d'un an l'entrée en vigueur de la réforme pour permettre de finaliser les travaux techniques engagés.

La rédaction actuelle de la loi concernant la « dotation modulée à l'activité » prévoit que les activités de soins de suite et de réadaptation sont financées par :

- Un montant forfaitaire pour chaque séjour correspondant à une fraction de tarifs arrêtés au niveau national ;
- Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure valorisée par une fraction des mêmes tarifs nationaux.

Dans le cadre de la poursuite des travaux techniques et de la concertation menée avec les acteurs, ce modèle cible s'est in fine avéré complexe à mettre en œuvre, peu lisible et de nature à freiner la transformation des organisations en SSR et le développement des prises en charge spécialisées en réponse aux besoins de la population.

La mesure propose de revenir à un modèle plus simple de financement mixte composé :

- D'une part à l'activité, qui restera valorisée sur la base de tarifs nationaux et qui bénéficiera des travaux engagés pour améliorer les outils de description et de valorisation de l'activité afin de mieux prendre en compte les prises en charge spécialisées en SSR ;
- D'une part forfaitaire qui permettra de répondre aux attentes des acteurs en termes de stabilité et de lisibilité pluriannuelle des financements de manière à accompagner dans les meilleures conditions les nécessaires transformations de l'offre de soins en SSR, en faveur du développement de l'ambulatoire notamment.

Cette mesure permet également, conformément aux recommandations du CSIS, d'ouvrir la possibilité aux établissements de soins de suite et de réadaptation de bénéficier d'un financement au titre de l'administration de médicaments sous ATU ou post-ATU.

Enfin, s'agissant du calendrier de mise en œuvre de la réforme :

- La mesure décale d'un an, pour la porter au 1er janvier 2021, la date d'entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR. L'année 2020 sera notamment mise à profit pour finaliser les travaux techniques d'amélioration des outils de description et de valorisation de l'activité et préparer l'évolution des systèmes d'information.
- La mesure recale également la phase de montée en charge de la réforme qui s'étendra désormais du 1er janvier 2021 au 1er mars 2026. Sur cette période, plusieurs mécanismes sont prévus pour accompagner au mieux la mise en place de la réforme et tenir compte des spécificités des établissements (mise en place d'un coefficient de transition pour lisser les effets revenus liés à la réforme, prorogation du dispositif permettant aux professionnels libéraux exerçant au sein des établissements de SSR privés de facturer directement leurs honoraires à l'assurance maladie, etc.)

b) Autres options possibles

S'agissant de la réforme du financement de la psychiatrie, il aurait été possible d'envisager un modèle transitoire avec coexistence de prix de journée et de dotations pour les établissements sous OQN. Toutefois cette option n'a pas été retenue car un tel système serait complexe en terme de facturation et ne facilite pas l'adaptation des acteurs à de nouvelles modalités de financement ni à la transformation des modes de prise en charge.

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

La mesure a un impact sur les modalités de rémunérations des établissements. L'inscription au PLFSS pour 2020 est nécessaire afin que les établissements puissent préparer leurs organisations et pour modifier les systèmes d'information et les outils et circuits de facturation.

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (cf. 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS).

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Le modèle cible de financement de la psychiatrie sera codifié au sein du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les dispositions actuelles de financement des activités de psychiatrie seront abrogées.

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 réforme du financement de la psychiatrie constitue une évolution structurante qui aura un impact sur les organisations mais également sur les systèmes d'information et les outils de facturation. Afin d'accompagner au mieux les établissements dans la préparation de la réforme, une enveloppe de 30M€ est prévue, dès 2020, pour accompagner d'une part la transformation des organisations et d'autre part la nécessaire évolutions des outils informatiques et de gestion. Cette enveloppe constitue une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie en 2020.

La mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de SSR doit s'accompagner d'une nécessaire transformation de l'offre de soins (développement de l'ambulatoire notamment). Cette transformation nécessite de dégager des crédits au sein de l'ONDAM établissements de santé pour accompagner des opérations d'investissement sur le champ du SSR. Cet accompagnement correspond à une dépense supplémentaire estimée à 50 M€ en 2021 et 100 M€ au total en 2022.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Réforme du financement de la psychiatrie (ONDAM ES)			- 30	- 30	- 30
Evolution du financement des SSR (ONDAM ES)				- 50	- 100
TOTAL			- 30	- 80	- 130

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

Une amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins en matière de soins psychiatriques est attendue.

- ***Impact sur les jeunes***

Une amélioration de l'accès aux soins pour les jeunes est attendue, grâce aux efforts de soutien à la pédopsychiatrie.

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

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Sans objet

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

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

Sans objet

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

Nécessaire modification des systèmes d'information de la CNAM et des outils de facturation des établissements de santé

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

Mesure gérée dans le cadre des moyens existants

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

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

Un décret en conseil d'Etat sera nécessaire pour définir les modalités de mise en œuvre de la mesure.

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

Des mesures transitoires seront prévues pour accompagner la montée en charge du nouveau modèle de financement et assurer sa soutenabilité pour les établissements de santé concernés.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mise en œuvre des réformes de financement fait notamment l'objet d'un suivi et d'une information du Parlement dans le cadre du rapport sur le financement des établissements de santé transmis chaque année au Parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-4 actuel	**Article L. 133-4 modifié**
En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; (...)	En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation : 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles ~~*L. 162-22-1,*~~ L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ; (...)
Article L. 162-21-2 actuel	**Article L. 162-21-2 modifié**
Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article.	Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles ~~*L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1*~~ **L. 162-22-6 et L. 162-23-1** ou ~~*dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1*~~ **dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1.** Un décret précise les conditions d'application du présent article.
Article L. 162-21-3 actuel	**Article L. 162-21-3 modifié**
(...) Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10. (...)	(...) Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II bis ~~*des articles L. 162-22-3 et*~~ **de l'article** L. 162-22-10. (...)
Article L. 162-22 actuel	**Article L. 162-22 modifié**
Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés : 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et conformément à	Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés : 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ; 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément ~~*à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et conformément à*~~

l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ; 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.	~~*l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6*~~ **à l'article L. 162-22-19 ;** 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ; 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.
Sous-Section 2 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés	~~*Sous-Section 2 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés*~~
Sous-Section 3 : Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie	~~*Sous-Section 3*~~ **Sous-Section 2 : Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie**
Article L. 162-22-7-3 actuel	**Article L. 162-22-7-3 modifié**
Les médicaments qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.	Les médicaments qui bénéficient **d'un des** ~~*d'un*~~ dispositif**s** de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 ~~*du code de la santé publique*~~ et L. 162-16-5-2 **et qui sont** ~~*du présent code*~~ administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.
Article L. 162-22-16 actuel	**Article L. 162-22-16 modifié**
La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.	La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique est financée par une dotation dans les conditions prévues ~~*à l'article L. 174-1*~~ **aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1.**
	Sous-section 3 : Dispositions relatives aux activités de psychiatrie
	Article L. 162-22-18 nouveau
	I.- Chaque année est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation au titre des soins

	dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret. **Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.** **Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions en cours d'année.** **Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.** **II.- Cet objectif est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :** **1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins et des projets de développement de nouvelles activités ;** **2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ;** **3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.** **III.- La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte de la démographie, des caractéristiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories mentionnées au L. 162-22-6, ainsi que des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et de leurs déclinaisons territoriales.** **La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.** **Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.**
	Article L. 162-22-19 nouveau

	I.- Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par : **1° Une dotation issue de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire ;** **2° Des dotations complémentaires tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ;** **3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;** **4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.** **II.- Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'Etat au niveau de chaque établissement. Ce montant est établi :** **1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'Etat ;** **2° Pour les dotations mentionnées au 2° du I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité, liés d'une part à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités, d'autre part, le cas échéant à ses missions spécifiques ;** **3° Pour la dotation mentionnée au 3° du I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;** **4° Pour la dotation mentionnée au 4° du I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.** **Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en conseil d'Etat.**
Sous-section 4 : Dispositions relatives aux soins de suite et de réadaptation	**Sous-section 4 : Dispositions relatives aux soins de suite et de réadaptation**
Article L. 162-23-3 actuel	**Article L. 162-23-3 modifié**
Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par : 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés	**Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.**

au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.	~~*Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :*~~ ~~*1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;*~~ ~~*2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.*~~
Article L. 162-23-4 actuel	**Article L. 162-23-4 modifié**
I.- Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ; 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°. II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.	I.- Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : ~~*1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;*~~ ~~*2°*~~**1°** Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; ~~*3°*~~**2°** Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; ~~*4°*~~**3°** Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; **4° Les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ;** 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

	II.- Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.
Article L. 162-23-5 actuel	**Article L. 162-23-5 modifié**
I.- Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé. II.- Au regard notamment de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.	I. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au ~~2°~~**1°** de l'article L. 162-23-4 ~~*servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article*~~ peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé. II.- Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.
	Article L. 162-23-6-1 nouveau
	Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné au L. 162-22-6 sans préjudice des autres dispositions applicables.
Article L. 162-23-7 actuel	**Article L. 162-23-7 modifié**
Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.	Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au ~~2°~~**1°** de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.
Article L. 162-23-10 actuel	**Article L. 162-23-10 modifié**

Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.	Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 **et la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3** sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.
Sous-section 5 : Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation	**Sous-section 5 : Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation**
Article L. 162-26 actuel	**Article L. 162-26 modifié**
(…) Pour les activités de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. (…)	(…) Pour les activités de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans ~~*la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1*~~ **les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19.** (…)
Article L. 165-7 actuel	**Article L. 165-7 modifié**
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. (…)	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. (…)
Article L. 174-1 actuel	**Article L. 174-1 supprimé**
Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement. Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat.	~~*Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.*~~ ~~*Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat.*~~ **I-. Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :** **1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;**

	2° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ; **3° L'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;** **4° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;** **5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;** **6° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné ;** **7° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.** **Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.** **Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.** **II.- Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat.**
Article L. 174-1-2 actuel	**Article L. 174-1-2 modifié**
Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.	Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article **L. 174-1** ~~*L. 174-1-1*~~ peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article ~~*L. 174-1-1*~~ **L. 174-1**. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.	Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article ~~*L. 174-1-1*~~ **L. 174-1** et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.
Article L. 174-2 actuel	**Article L. 174-2 modifié**
Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.	Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16, **L. 162-22-19** et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.
Article L. 174-2-2 actuel	**Article L. 174-2-2 modifié**
Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°. Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 175-2.	Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné ~~*au 7° de l'article L. 174-1-1*~~ **au 6° de l'article L.174-1**, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même ~~*7°*~~**6°.** Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 175-2.
Article L. 174-5 actuel	**Article L. 174-5 modifié**
Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général. Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.	Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général. Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article ~~*L. 174-1-1*~~ L. 174-1.
Article L. 174-12 actuel	**Article L. 174-12 modifié**
Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.	Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article ~~*L. 174-1-1*~~ **L. 162-22-18** du présent code.

La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1. La dotation est versée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.	La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues ~~*au dernier alinéa de l'article L. 174-1*~~ **à l'article L. 162-22-19.** La dotation est versée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.
Article L. 174-15 actuel	**Article L. 174-15 modifié**
Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.	Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. **Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19.** Sont applicables aux activités mentionnées aux 1°**, 2°** et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. **Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18.** Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.
Article L. 174-15-2 actuel	**Article L. 174-15-2 modifié**
Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.	Les dispositions de l'article **L. 162-20-1**~~*L. 174-15-1*~~ sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.
Code de la santé publique	
Article L. 1434-8 actuel	**Article L. 1434-8 modifié**

(...) En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.	(...) En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles ~~*L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1*~~ **aux articles L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1** du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.
Article L. 6135-1 actuel	**Article L. 6135-1 modifié**
Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code. (...)	Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 **ou à l'article L. 162-22-19** du même code. (...)
Article L. 6145-1 actuel	**Article L. 6145-1 modifié**
L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 et au 2° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7. (...)	L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 et au 2° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16**, L. 162-22-19**, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7. (...)
Article L. 6145-4 actuel	**Article L. 6145-4 modifié**
(...) 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. (...)	(...) 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, ~~*3°*~~ **4°** et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code ;

	5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. (...)
Article 78 actuel issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018	**Article 78 modifié issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**
III.- L'article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.	III.- Le présent article est applicable à compter du 1er janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.
A.- Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er 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.	~~*A.- Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er 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.*~~
B.- Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er 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.	B.- Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier ~~*2020*~~ **2021** et au plus tard jusqu'au 1er mars ~~*2022*~~ **2026,** les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.
Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1er 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.	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 janvier ~~*2020*~~ **2021** et s'applique jusqu'au 28 février ~~*2022*~~ **2026** au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars ~~*2022*~~ **2026.**
Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.	Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.
L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application	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.	d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.
La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.	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*~~ **2026.**
Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.	Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent B.
C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.	C.- Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.
Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.	Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.	L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.	L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2022 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	La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1er mars 2022 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de

spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.	spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.
D.-A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 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.	D.- A compter du 1er mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1er mars ~~2022~~ **2026,** 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.
Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars 2022.	Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1er mars ~~2022~~ **2026.**
Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'Etat.
E.- Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :	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 :
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 ;	1° Du 1er janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;
2° Du 1er mars 2017 au 31 décembre 2019, elles sont financées par deux montants cumulatifs :	2° Du 1er mars 2017 au 31 décembre ~~2019~~ **2020,** elles sont financées par deux montants cumulatifs :
a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi. En application du 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 minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du b du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;	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 minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du b du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;
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.	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.
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	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

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 ; Le niveau des fractions prévues aux a et b du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ; 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne : a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er janvier 2020 ; b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 1er janvier 2020 ; 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 : 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 ; 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 ; 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 : 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 ; 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 ; 6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale 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.	établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ; Le niveau des fractions prévues aux a et b du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ; 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1er janvier 2017 sauf en ce qui concerne : a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1er janvier ~~2020~~ **2021 ;** b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 1er janvier ~~2020~~ **2021** ; 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 : 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 ; 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 ; 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 : 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 ; 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 ; 6° Du 1er janvier 2018 au 31 décembre ~~2019~~ **2020,** l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale 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.

F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au 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.	F.- Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1er mars 2017 au ~~*31 décembre 2019*~~ **28 février 2023,** 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.
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.	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.
Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.	Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au b du 2° du E 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.	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.
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.	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.
Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.	Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'Etat.
G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003).	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°*~~ **1°** 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).
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.	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.
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.	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.
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	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

facturation des soins et de l'hébergement des patients 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.	Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients 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.
(...)	**H.- Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1er mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 du même code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même 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.**
V.- Du 1er janvier 2016 au 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.	(...)
VI.- Du 1er janvier 2017 au 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.	V.- Du 1er janvier 2016 au 31 décembre ~~*2019*~~ **2020,** un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation. VI.- Du 1er janvier 2017 au 31 décembre ~~*2019*~~ **2020**, 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.

2.

Article 26 - Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

I. Présentation de la mesure

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

Le régime transitoire applicable actuellement pour le calcul du ticket modérateur dans les établissements anciennement financés par dotation globale (ex-DG) est fixé par la loi et prend fin au 31 décembre 2019.

Cette phase transitoire était nécessaire pour deux motifs. Le premier résidait dans l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la réforme du financement. Le second était lié à l'effet financier de cette modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur, compte tenu du périmètre restreint des tarifs nouvellement définis par rapport au financement global du séjour (qui passe également par des forfaits annuels et des dotations MIGAC).

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) étant progressivement montée en charge depuis 2004, les dispositions de l'article 33 de la LFSS pour 2004 modifiées prévoyaient de remplacer, au premier janvier 2016, l'assiette sur laquelle porte le calcul du ticket modérateur en passant des TJP aux GHS. Cette date a été reportée en LFSS pour 2016 car, d'une part, des travaux techniques de mise en œuvre de la facturation étaient encore nécessaires, et, d'autre part, l'opportunité de maintenir la cible initiale qui consistait à basculer le ticket modérateur sur le GHS devait être questionnée compte tenu notamment des impacts financiers majeurs sur les établissements de santé concernés.

Il apparaît désormais indispensable de faire évoluer la législation en matière de calcul du ticket modérateur applicable aux patients hospitalisés, afin de donner une base pérenne et équitable aux règles de calcul de la participation des patients et de manière à garantir un maintien des recettes des établissements.

Après le 31 décembre 2019, et à défaut d'adaptation, l'application des dispositions légales existantes supprimerait une part non négligeable des recettes de ces établissements. Il est donc nécessaire de mettre en place un système homogène et lisible de calcul du ticket modérateur pour les patients hospitalisés.

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

a) Mesure proposée

La mesure consiste à mettre en place, à la place des TJP, une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national pour le calcul de la participation des patients.

Cette modalité de tarification continuera de reposer sur des tarifs journaliers, mais le calcul en sera plus homogène et plus simple qu'actuellement, tout en tenant compte du niveau de charges constaté par catégorie d'établissement.

Cette évolution ne concerne que le calcul du ticket modérateur, qui représentait en 2017, pour les activités de court séjour, environ 1,9 Md€ de recettes pour les établissements anciennement financés par dotation globale (ex-DG) et un peu moins de 90 M€ pour les établissements anciennement sous objectif quantifié national (ex-OQN). Elle ne remet pas en cause les autres règles concernant cette participation, en particulier celles relatives au forfait journalier hospitalier, dû au titre des frais d'hébergement et de restauration, ou à la participation forfaitaire de 24€ qui écrête les tickets modérateurs coûteux en cas d'acte représentant un coût de plus de 120€.

Cette évolution assure une plus grande équité entre patients, pour des soins comparables dans des établissements de catégorie comparable. Elle en améliore également la lisibilité, par la mise en place d'une nomenclature nationale et restreinte de tarifs journaliers.

Ces modalités de calcul seront appliquées à tous les champs qui font aujourd'hui référence aux tarifs journaliers de prestations, notamment les patients bénéficiant de la coordination européenne en matière de sécurité sociale, les patients relevant de l'aide médicale d'Etat, du dispositif des soins urgents ou pour l'exercice du recours contre tiers.

En revanche, ces nouvelles modalités de tarification ne s'imposeront pas dans le champ pour lequel la participation est déjà fondée sur une tarification nationale, à savoir les activités de court séjour des établissements privés de santé anciennement sous objectif quantifié national ; la participation continuera d'y reposer sur les mêmes tarifs nationaux que ceux applicables à l'assurance maladie obligatoire.

Cette réforme nécessite des adaptations dans les systèmes d'information, notamment des assurances complémentaires, son entrée en vigueur est donc prévue au 1er janvier 2021.

Cette nomenclature sera également applicable pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'ensemble des établissements de santé (publics comme privés), dans le cadre des réformes de financement prévues par ailleurs dans le projet de loi pour ces deux champs d'activité.Financièrement, cette évolution n'engage pas de transfert de charge entre l'assurance maladie obligatoire (dont le financement reste inchangé) et complémentaire (dont les règles de tarification évoluent). En revanche, la réforme a des incidences sur les établissements de santé, dont

certains connaîtront une modification de leur niveau de recettes, qu'il est proposé de limiter par un mécanisme de majoration ou de minoration de leurs dotations.

b) Autres options possibles

Une option alternative consisterait à réformer radicalement le régime de la participation des assurés à l'hôpital, en mettant en place des forfaits simplifiés pour le ticket modérateur. Cette solution est écartée compte tenu de ses effets redistributifs importants concernant le reste-à-charge des patients.

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

La disposition qu'il est proposé de modifier a été inscrite initialement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, et sa date d'expiration a été modifiée par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2009, 2013 et 2015.

Elle affecte la participation des assurés aux frais de soins hospitaliers, produit des conséquences sur les dépenses et l'organisation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie. A ce titre, son impact 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° et 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 de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. La mesure a fait l'objet par ailleurs de concertations avec les fédérations hospitalières et d'assurance complémentaire en santé, ainsi que les associations de patients.

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

Création d'un article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Abrogation des articles L. 162-23-9 et L. 174-3 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 directement applicable*
Mayotte	*Mesure applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Cette mesure financièrement est neutre pour l'assurance maladie. Toutefois, en son absence, une compensation de la perte de recettes induites pour les établissements de santé nécessiterait la mise en oeuvre de mesures exceptionnelles de soutien financier qui auraient un impact sur les dépenses d'assurance maladie et imposerait une hausse de l'ONDAM et plus spécifiquement de l'ODMCO.

La modification n'a pas d'incidence globale sur les dépenses d'assurance maladie, obligatoires comme complémentaires, dans la mesure où le niveau de la tarification nationale sera fixé à masse constante.

La réforme induit des effets revenus entre établissements, qu'il est proposé de prendre en compte par une modulation dégressive de leurs dotations, sans augmentation globale de la dépense d'assurance maladie obligatoire.

A ce jour, les données disponibles permettent de disposer de premières estimations d'impact sur les établissements de santé ex-DG (ces estimations sont réalisées sur le seul champ de l'activité de court séjour des seuls assurés sociaux des régimes français) :

- Les centres hospitaliers (non régionaux) et les établissements à but non lucratif sont plus nombreux à gagner à la réforme (autour de 60% de gagnants), les proportions sont inversées pour les centres hospitaliers régionaux et les centres de lutte contre le cancer) ;
- Les niveaux de gains et de pertes restent cependant limités: +/- 0,9% des recettes totales, la catégorie la plus touchée étant celle des centres hospitaliers (non régionaux) avec +/- 1,3% des recettes totales. Ces effets revenus seront par ailleurs lissés sur 3 ans comme le prévoit la mesure proposée.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		0	0	0	0

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

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

a) impacts économiques

La réforme améliore, pour les organismes d'assurance complémentaire en santé, la lisibilité du calcul du ticket modérateur à l'hôpital.

b) impacts sociaux

Aucun

- ***Impact sur les jeunes***

Aucun

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

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Aucun

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

Aucun

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

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

La réforme améliore, pour les patients, la lisibilité du calcul du ticket modérateur à l'hôpital.

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

Mise à jour des règles et valeurs des tarifs dans les systèmes d'information des établissements de santé et des caisses d'assurance maladie

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

Mesure gérée dans le cadre des moyens existants

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

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

Mesures réglementaires (fixation de la nomenclature et du niveau des tarifs nationaux journaliers).

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

Poursuite du régime actuel pendant la période d'adaptation des systèmes informatiques des établissements de santé, des assurances obligatoires et complémentaires : l'entrée en vigueur des dispositions est prévue début 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Communication ministérielle à prévoir sur la réforme et l'affichage des tarifs, comme c'est le cas actuellement dans les établissements.

d) Suivi de la mise en œuvre

Mise en œuvre d'un groupe de pilotage associant les établissements de santé et les assurances complémentaires en santé, chargé de la déclinaison réglementaire et opérationnelle de la réforme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
I. de l'article L. 160-13 actuel	**I. de l'article L. 160-13 modifié**
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. **La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1.** La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
	Article L. 160-20-1 nouveau
	I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22. **Dans les établissements mentionnés au d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22.**

	II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent : **1° A l'exercice des recours contre tiers ;** **2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;** **3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.** **III. – Par exception aux 2° et 3° du II, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 lorsque le patient :** **1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;** **2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;** **3° Bénéficie de l'aide médicale de l'Etat en application des dispositions de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;** **4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application des dispositions de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.**
I. de l'article L. 162-22-10 actuel	**I. de l'article L. 162-22-10 modifié**
I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 . Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le	I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ~~*servant de base au calcul de la participation de l'assuré*~~, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ; 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ainsi que du forfait mentionné à l'article L. 162-22-6-2 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 . Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le

1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.	1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.
Article L. 162-23-4 actuel	**Article L. 162-23-4 modifié**
I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ; 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°. II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.	I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 : 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ; 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 ~~*servant de base au calcul de la participation de l'assuré*~~, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ; 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ; 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ; 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ; 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7. Sont applicables au 1er mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°. Sont applicables au 1er janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°. II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.
Article L. 162-22-11-1 actuel	Article L. 162-22-11-1 modifié
Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, 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, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur : 1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ; 2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de	Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, 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, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur : 1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ; 2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs **issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1** ~~*permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de*~~

la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ; 3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients. La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte : a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ; b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.	~~*la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)*~~ ; 3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients. La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte : a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ; b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.
Article L. 174-15 actuel	Article L. 174-15 modifié
Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.	Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, ~~*L. 162-22-11*~~, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26. Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles **L 160-20-1 et** L. 162-23-12 à L. 162-23-15. Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9. Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.
Article L. 174-15-1 actuel	Article L. 174-15-1 modifié
Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.	Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. ~~*Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.*~~

Article L. 175-1 actuel	Article L. 175-1 modifié
Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 174-1 et L. 174-3.	Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application ~~*des articles*~~ **de l'article** L. 174-1 ~~*et L. 174-3*~~.
Code de la santé publique	
Article L. 6143-7 actuel	Article L. 6143-7 modifié
(…) Après concertation avec le directoire, le directeur : (…) 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 ; (…)	(…) Après concertation avec le directoire, le directeur : (…) 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, **les propositions de tarifs** ~~*de ceux*~~ des activités sociales et médico-sociales ; (…)
Article L. 6162-9 actuel	Article L. 6162-9 modifié
Le conseil d'administration arrête la politique générale du centre ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. A ce titre il procède aux contrôles et vérification qu'il juge opportuns et délibère sur : (…) 3° 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 des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ; (…)	Le conseil d'administration arrête la politique générale du centre ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. A ce titre il procède aux contrôles et vérification qu'il juge opportuns et délibère sur : (…) 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 ~~,~~ **et** le plan global de financement pluriannuel ~~*et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale*~~ ; (…)
II. de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 **actuel**	II. de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 **modifié**
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 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	II.-Jusqu'au 31 décembre ~~*2019*~~ **2020**, 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 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

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. 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.	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. 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.

Article 27 - Réforme du financement : nomenclatures de ville

I. Présentation de la mesure

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

3 nomenclatures recensent les actes remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) aux professionnels de santé libéraux :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM), créée en 2005, recense les actes techniques réalisés par les médecins[1] ;
- la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP) recense les actes cliniques des médecins (ex : consultations), les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) recense les actes de biologie.

Ces nomenclatures représentent plus de 12 000 actes, une dépense de l'AMO de 27,4 Md€ et déterminent l'essentiel de la rémunération des professionnels de santé libéraux.

La CCAM, qui constitue en volume remboursé les montants les plus importants (9,4 Md€ en 2017) constitue la priorité de cette révision. La NABM est construite de manière similaire, mais l'encadrement des dépenses de biologie par un protocole rend la révision moins prioritaire. Enfin, la NGAP, qui devait être absorbée par la CCAM, procède d'une construction différente, sa composition est plus diverse (toutes professions de santé, présence d'actes cliniques et techniques) et sa révision sera donc plus complexe.

La maintenance des nomenclatures est faible, ce qui entraîne de nombreux effets pervers comme le développement insuffisant de prises en charge nouvelles ou le maintien d'activités ne correspondant plus à l'état de l'art. A titre d'exemple, la durée d'intervention sur le canal carpien retenue est de 40 minutes en CCAM, ce qui était vraisemblable il y a plus de 10 ans ne l'est plus aujourd'hui où la durée est estimée entre 15 et 30 minutes, ce qui conduit donc à une surévaluation du coût comprise entre 133% et 266%.

14 ans après la dernière révision des nomenclatures consistant en la création de la CCAM en 2005, une mise à jour du stock des actes s'impose.

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

a) Mesure proposée

PARTIE 1 : Réussir le travail des révisions des nomenclatures décidé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » nécessite de mettre en place les moyens nécessaires à la réussite de cette révision en adaptant les modalités de travail : rôle des différents acteurs, délais à respecter et méthodologie de travail notamment.

b) Autres options possibles

L'ampleur du travail serait difficilement réalisable dans le cadre actuel.

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

PARTIE 2 : Les nomenclatures fondent l'inscription et la prise en charge des actes par l'assurance maladie. A ce titre la mesure, qui présente un caractère permanent, aura « un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base », ce qui, conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

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

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

[1] La CCAM a été créée en 2005 avec pour objectif initial de construire une liste d'actes codés, commune à la ville et aux établissements publics et privés qui se substituerait à celle du Catalogue des actes médicaux (CdAM) utilisé par les établissements publics et privés, et à la NGAP. Le but était de créer une nomenclature cohérente et neutre (équité des tarifs d'actes entre spécialité) et d'améliorer la connaissance de l'activité médicale. Bien que constituant des actes techniques, certains actes ne sont pas encore codés et tarifés en CCAM : les actes des anatomo-cytopathologistes jusqu'en 2010 ; les actes dentaires ; les actes communs avec les paramédicaux.

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

PARTIE 3 : La mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

PARTIE 4 : Sans objet

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

PARTIE 5 : La révision du stock des actes déjà inscrits pourrait conduire dans un premier temps à revoir à la hausse le tarif d'actes dont la hiérarchisation date de plusieurs années (estimation d'un surcoût sur 2020 de 10 M€). Elle devrait permettre également de réaliser des économies, mais dans un second temps, en raison du délai nécessaire à la sortie d'actes devenus non pertinents. Le quantum d'économies dépendra de la chronique retenue pour la révision des nomenclatures et montera progressivement en charge : il peut être estimé, à partir de l'année 2021, à environ 10M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019	2020 P ou R	2021	2022	2023
		-10 M€	+10 M€	+ 10 M€	+ 10 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

PARTIE 6 : La mesure permettra en fonction de la chronique retenue pour la révision des nomenclatures d'atténuer de nombreux déséquilibres systémiques, notamment les effets de concurrence entre la ville et l'hôpital et au sein de la médecine de ville : pertes pour certaines spécialités en ville dont les actes sont aujourd'hui proportionnellement peu rémunérateurs (notamment celles avec peu d'actes techniques), et vacances de postes hospitaliers de spécialistes (du fait de l'attractivité très supérieure de l'exercice libéral pour les spécialités dont les actes sont aujourd'hui particulièrement rémunérateurs).

b) Impacts sociaux

La mesure permettra de renforcer la pertinence : des activités ne répondant plus à l'état de l'art devraient laisser place à des modes de prises en charge plus efficaces et innovants. Elle aura ainsi un impact en termes de santé publique en permettant une prise en charge de meilleure qualité de la population.

- ***Impact sur les jeunes***

PARTIE 7 : La mesure est sans impact spécifique sur les jeunes.

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

PARTIE 8 : La mesure est sans impact spécifique sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

PARTIE 9 : La mesure est sans impact spécifique sur l'environnement.

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

PARTIE 10 : La mesure est sans impact spécifique sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Aucun.

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

La caisse nationale d'assurance maladie sera mobilisée pour assurer l'animation des travaux de mise à jour des nomenclatures. Cette mission relève cependant déjà de ses missions actuelles.

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

La réforme sera mise en place 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.

Cette mesure nécessitera de modifier, pour les mettre en cohérence, les articles réglementaires correspondants du code de la sécurité sociale.

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

La révision des nomenclature s'étalera sur une période de 5 ans.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

d) Suivi de la mise en œuvre

Outre un suivi dans le cadre du suivi de l'ONDAM, la mise en œuvre de la mesure et le travail de révision des nomenclatures devra faire l'objet d'un suivi au long cours dont les modalités n'ont pas encore été arrêtées.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ce dispositif ne crée ni modifie de dispositifs codifiés.

Article 28 - Prise en charge des dispositifs médicaux : négociation de prix en cas de concurrence

I. Présentation de la mesure

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

- ***Les prix des fauteuils roulants étant élevés en France, les mécanismes de négociation des prix pourraient être renforcés et la réutilisation de fauteuils en bon état encouragée***

Les prix de vente des fauteuils roulants en France apparaissent dans de nombreux cas très élevés par rapport à ceux pratiqués dans d'autres pays. Pour autant, la connaissance du marché national est aujourd'hui limitée faute de données sur l'ensemble de la chaîne de vente. Ces prix élevés compliquent l'accès aux fauteuils roulants pour de nombreuses personnes en situation de handicap. Pourtant, la très grande variété des offres disponibles (plus de 700 modèles différents) devrait permettre une concurrence plus intense entre les fournisseurs, permettant ainsi d'aboutir à des prix plus modérés.

Si l'effet de cette concurrence n'est pas visible sur le marché, elle ne peut actuellement pas non plus être utilisée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) lors de ses négociations de prix avec les industriels concernés pour favoriser l'amélioration de la qualité et la maîtrise les coûts. En effet, le CEPS est en charge de la négociation conventionnelle, avec chacun des fabricants ou avec des organismes les représentant, sans pouvoir proposer de contrepartie aux acteurs proposant les meilleures conditions économiques pour une catégorie de fauteuils donnée.

Pour certains dispositifs médicaux, et notamment les fauteuils roulants, d'autres pays – tels le Royaume-Uni ou certains pays nordiques comme la Suède – ont pourtant recours à des mécanismes de mise en concurrence afin de garantir l'accès à des produits adaptés aux patients tout en tirant profit de l'impact de la concurrence sur le niveau des prix.

Il serait donc utile, pour les dispositifs médicaux remboursables présentant le même profil d'efficacité et de tolérance et entre lesquels il existe une concurrence, d'introduire une nouvelle procédure de « référencement sélectif » sous forme d'appels à candidatures permettant de diversifier les outils de négociation des prix.

Au-delà de prix trop chers à l'achat, il apparait que certains fauteuils roulants achetés sont finalement très peu utilisés, généralement parce qu'ils ne correspondent pas ou plus aux besoins de la personne (c'est le cas notamment des maladies rapidement évolutives, de certains changements d'environnement de vie, d'un décès, etc.). Ces fauteuils, qui concentrent souvent de nombreux éléments techniques, ne peuvent actuellement pas être réutilisés, ce qui pose à la fois des questions d'empreinte écologique et d'efficience des dépenses de l'assurance maladie. A l'inverse et à titre d'exemple, en Allemagne, les fauteuils standards sont en moyenne restaurés deux ou trois fois en vue d'une réutilisation par une autre personne. Imaginer un dispositif de remise en bon état d'usage permettrait de rendre accessibles à de nouveaux patients des fauteuils roulants, déjà référencés et utilisés, en s'assurant de leur bon fonctionnement, à moindre coût et en réduisant le reste à charge.

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

a) Mesure proposée

- ***Permettre la prise en charge de certains dispositifs médicaux remis en bon état d'usage***

La prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations est actuellement réalisée selon deux modalités : achat de produits neufs ou location.

L'acquisition définitive des dispositifs après un achat ne permet pas leur réutilisation lorsqu'ils n'ont plus d'utilité auprès du patient (évolution de la maladie ou du handicap, croissance des enfants, décès etc.).

La mesure introduit un encadrement sanitaire de la remise en bon état d'usage de certains dispositifs médicaux, pour garantir que celui-ci est réalisé dans toutes les conditions de sécurité sanitaire nécessaires. La remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux ne sera possible que pour une liste limitative de dispositifs établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La mesure permet également la prise en charge de dispositifs médicaux restaurés, dès lors que cette réutilisation est pertinente. Pour favoriser la réutilisation des dispositifs concernés, la mesure introduit également un engagement des assurés à rapporter le dispositif lorsqu'ils n'en ont plus l'utilité, ainsi que la possibilité de demander à l'assuré de verser une consigne pour créer un incitatif supplémentaire à la restitution d'un dispositif médical qui ne sert plus et peut-être remis en bon état d'usage. Afin de garantir la traçabilité de ces dispositifs médicaux, ces derniers seront identifiés par un code qui leur sera propre et toute action de maintenance et de remise en bon état d'usage sera inscrite dans un système d'information appelé Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux (ECODM).

Cette mesure permettra de faciliter l'accès à certains dispositifs médicaux pour lesquels il y a aujourd'hui des restes à charge importants, comme les fauteuils roulants. Elle doit également contribuer à réduire l'impact environnemental des dispositifs concernés.

- ***Introduire une nouvelle procédure de « référencement sélectif » pour le remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie obligatoire, en particulier les fauteuils roulants***

La mesure introduit une nouvelle procédure de « référencement sélectif » pour l'accès au remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie obligatoire, notamment les fauteuils roulants.

A partir de critères techniques stricts permettant de définir des catégories comparables de produits, et après avis de la Haute Autorité de santé sur ces critères, la mesure prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale puissent initier une mise en concurrence auprès des fabricants ou des distributeurs. Cette mise en concurrence permettra de sélectionner les produits présentant toutes les garanties de qualité requises et pour lesquels les fabricants ou les distributeurs proposent les prix les plus soutenables pour l'assurance maladie.

La durée du référencement sélectif sera précisée dans chaque situation, et pourrait être de deux à trois ans. Selon les cas, le référencement pourra également être réalisé par indication, et des besoins spécifiques rares pourront être traités en dehors de ce cadre.

La procédure de référencement prévoira toutes les garanties usuelles d'approvisionnement du marché, ainsi que les clauses permettant de modifier les offres sélectionnées si cela s'avérait nécessaire au cours de la période de référencement. Cette procédure pourra être accompagnée d'une phase de négociation directe entre les entreprises et le CEPS.

Cette procédure concernera en premier lieu les fauteuils roulants, et a vocation à compléter les conditions actuelles d'inscription sur la liste des produits et prestations (LPP).

- ***Améliorer la transparence du marché***

Pour mieux connaitre les conditions tarifaires appliquées aux différents intermédiaires du marché des produits et prestations, dans le but de limiter le reste à charge des patients ou mieux négocier certaines conditions de prise en charge, la mesure introduit la déclaration des prix de vente, par les exploitants et les fournisseurs aux distributeurs au détail. Cette mesure, qui s'inspire de dispositions similaires existantes pour le médicament, permettra au CEPS d'être mieux informé en contribuant à mieux évaluer la répartition de valeur sur le marché des produits et prestations.

En l'absence de déclarations ou en cas de déclaration d'éléments erronés le CEPS pourra prononcer une pénalité financière.

- ***Préciser l'application de la réforme 100% santé***

Le dispositif du « 100% santé » a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. La mesure vise à préciser les obligations relatives à l'enquête qualité adressée aux patients (s'agissant du rôle des prescripteurs), ainsi que les modalités de recouvrement des pénalités en cas de non-respect des mesures législatives relatives au « 100% santé ».

b) Autres options possibles

Au regard des dispositifs existant dans d'autres pays de l'Union européenne, la diversification des modalités d'accès à la LPP était nécessaire pour envisager une révision des prises en charge des fauteuils roulants. Les dispositions actuelles n'auraient notamment pas pu permettre la réutilisation de certains fauteuils roulants.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge par l'assurance maladie de certains produits et prestations ou à contribuer à la maîtrise de la progression des dépenses et donc au respect de l'ONDAM. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

La mesure, qui introduit des pénalités financières dont le produit est affecté à la caisse nationale d'assurance maladie, pourra également avoir un effet sur les recettes de l'assurance maladie.

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

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

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

La mesure modifie plusieurs articles du code de la sécurité sociale (L. 162-17-9, L. 165-1, L. 165-1-2, L. 165-1-4, L. 165-2, L. 165-2-1, L. 165-3, L. 165-3-3, L. 165-4, L. 165-4-1, L. 165-5, L. 165-5-1, L. 165-8-1, L. 165-11, L. 165-13, L. 871-1) et crée plusieurs articles du même code (L. 165-1-6, L. 165-1-7, L. 165-2-2) ainsi qu'un article du code de la santé publique (L. 5212-1-1).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Les nouvelles mesures de négociation (référencement sélectif) et les nouvelles données qui seront mises à la disposition du CEPS dans le cadre des négociations qu'il mène pourraient permettre, toutes choses égales par ailleurs, une économie d'au moins 30 M€ par an.

La réutilisation de certains fauteuils roulants (remise en bon état d'usage) pourrait permettre à terme une économie de 10 M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		+10 (P)	+25	+40	+40

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

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

a) Impacts économiques

Cette mesure pourra avoir un impact sur les entreprises dont les produits sont pris en charge au titre de la liste des produits et prestations (LPP), compte tenu de son impact potentiel sur les futures négociations de prix.

b) Impacts sociaux

Ces mesures devraient faciliter l'accessibilité pour les assurés à des produits pour lesquels le reste à charge est actuellement élevé.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure n'a pas d'impact spécifique sur les jeunes.

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

Cette mesure aura un impact important sur les personnes en situation de handicap : le référencement sélectif a vocation à permettre de réduire significativement le reste à charge sur les dispositifs contribuant à la prise en charge du handicap, tels que les fauteuils roulants.

c) Impacts sur l'environnement

Cette mesure a un impact positif sur l'environnement en permettant la réutilisation de certains dispositifs médicaux.

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

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

La mesure ne modifiera pas, par rapport à la situation actuelle, les démarches ou formalités administratives des assurés en vue du remboursement.

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

Cette mesure sera mise en œuvre 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 mise en œuvre dans le cadre des moyens actuels.

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 d'application seront nécessaires pour assurer la mise en œuvre de la mesure.

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

Mesures d'application directe.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière des assurés n'est prévue.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi du respect de l'ONDAM.

Annexe : rédaction des articles ou version consolidée si modification

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-17-9 actuel	**Article L. 162-17-9 modifié**
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. 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. 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 au même article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier. La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1. La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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 de qualité 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'Etat. Le Comité économique des produits de santé peut fixer par décisions 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. Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après	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*~~ **exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 ou distributeurs au détail** des produits et prestations ~~*mentionnés à l'article L. 165-1*~~. 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. 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'**~~*au même*~~ article L. 165-1, exception faite des distributeurs **au détail** pour le champ hospitalier. La charte conclue s'applique à l'ensemble des ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** de produits et prestations ~~*mentionnés audit article L. 165-1*~~. La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. 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 de qualité 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'Etat. Le Comité économique des produits de santé peut fixer par décisions 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.

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 septième alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte. 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. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les conditions dans lesquelles le Comité économique des produits de santé constate les manquements à la charte sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application. 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'Etat.	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 septième alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte. 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. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les conditions dans lesquelles le Comité économique des produits de santé constate les manquements à la charte sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application. 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'Etat.
Article L. 165-1 actuel	**Article L. 165-1 modifié**
Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution. L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge	Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution. L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge

renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1.	renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1.
L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.	L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les ~~*fabricants, leurs mandataires ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail**, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.
La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au troisième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.	La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au troisième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.
	L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits, et le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.
	La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclure de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole.
Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.	Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, **les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement** ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

	La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité, ~~et~~ leur mode d'utilisation **et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement.**
Article L. 165-1-2 actuel	**Article L. 165-1-2 modifié**
I. — Pour les produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et relevant de son champ de compétence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut effectuer ou faire effectuer par des organismes compétents un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste est subordonnée. Les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs sont tenus de compenser la perte financière subie par l'acheteur des produits qui sont saisis par l'agence dans le cadre de ses contrôles. II. — Lorsqu'elle constate qu'une spécification technique requise pour l'inscription du produit mentionné au I du présent article sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 n'est pas respectée et après qu'elle a mis l'entreprise concernée en mesure de présenter ses observations, l'agence adresse au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur un courrier lui notifiant les manquements retenus à son encontre ainsi que les pénalités encourues. Une copie de ce courrier est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au Comité économique des produits de santé et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. III. — Lorsqu'un manquement retenu par l'agence en application du II a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, les organismes nationaux des régimes	I. — Pour les produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et relevant de son champ de compétence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut effectuer ou faire effectuer par des organismes compétents un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste est subordonnée. Les ~~*fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs*~~ **exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1** sont tenus de compenser la perte financière subie par l'acheteur des produits qui sont saisis par l'agence dans le cadre de ses contrôles. II. — Lorsqu'elle constate qu'une spécification technique requise pour l'inscription du produit mentionné au I du présent article sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 n'est pas respectée et après qu'elle a mis l'entreprise concernée en mesure de présenter ses observations, l'agence adresse ~~*au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur*~~ **à l'exploitant** un courrier lui notifiant les manquements retenus à son encontre ainsi que les pénalités encourues. Une copie de ce courrier est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au Comité économique des produits de santé et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité peut fixer, après que ~~*le fabricant ou son mandataire ou le distributeur*~~ **l'exploitant** concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par ~~*le fabricant ou distributeur*~~ **l'exploitant** au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

obligatoires d'assurance maladie engagent, par subrogation aux organismes locaux d'assurance maladie concernés, la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 à l'encontre du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur du produit concerné. Les directeurs des organismes nationaux exercent, dans les mêmes conditions, les pouvoirs que les directeurs des organismes locaux tirent des dispositions de l'avant-dernier alinéa de ce même article L. 133-4. IV. — Si le manquement retenu par l'agence en application du II a rendu nécessaire la dispensation d'actes de soins, de prestations ou de produits de santé à un assuré, le professionnel ou l'établissement de santé qui a connaissance de ce manquement et a accompli cette dispensation en informe, dans le respect du secret médical, l'organisme local d'assurance maladie auquel l'assuré est affilié. V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de réalisation des contrôles prévus au I, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au II, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	III. — Lorsqu'un manquement retenu par l'agence en application du II a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, les organismes nationaux des régimes obligatoires d'assurance maladie engagent, par subrogation aux organismes locaux d'assurance maladie concernés, la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 à l'encontre ~~*du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur*~~ **de l'exploitant** du produit concerné. Les directeurs des organismes nationaux exercent, dans les mêmes conditions, les pouvoirs que les directeurs des organismes locaux tirent des dispositions de l'avant-dernier alinéa de ce même article L. 133-4. IV. — Si le manquement retenu par l'agence en application du II a rendu nécessaire la dispensation d'actes de soins, de prestations ou de produits de santé à un assuré, le professionnel ou l'établissement de santé qui a connaissance de ce manquement et a accompli cette dispensation en informe, dans le respect du secret médical, l'organisme local d'assurance maladie auquel l'assuré est affilié. V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de réalisation des contrôles prévus au I, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au II, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-1-4 actuel	**Article L. 165-1-4 modifié**
I.- Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1. II.- La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 peut donner lieu à l'obligation pour le distributeur de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients. III.- Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur. IV.- Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du	I.- Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour ~~*le fabricant ou pour le distributeur*~~ **l'exploitant ou pour le distributeur au détail**, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1. II.- La **prescription ou la** distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 **peuvent** ~~*peut*~~ donner lieu à l'obligation pour le **prescripteur ou le** distributeur **au détail** de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients. III.- Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.

distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière : 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ; 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.	IV.- Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre ~~*du fabricant ou du distributeur*~~ **du prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail**, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière : 1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ; 2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues **par l'exploitant ou le distributeur au détail ;** **3° D'un montant maximal de 10 000 euros par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II.** Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. **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 deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.**
V.- Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement. VI.- Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article.	V.- Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement. VI.- Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article.
	Article L. 165-1-6 nouveau
	La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français, pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements. **Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de**

	référencement mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 165-1 ou relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés. **Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :** **1° Supprimer le référencement des produits ou prestations concernés ;** **2° Prononcer une pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette 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 deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ;** **3° Mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.** **Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment les règles relatives au respect par les exploitants ou les distributeurs au détail de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français.**
	Article L. 165-1-7 nouveau
	I.- Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition de dispositifs remis en bon état d'usage ainsi que de leurs modalités d'acquisition et de prise en charge. **En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut**

	prononcer à l'encontre du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette 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 deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. **II.- Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :** **1° Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;** **2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficier de la prise en charge du dispositif médical.** **La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.** **III.- La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant, ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.** **Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé « Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux », mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.** **Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.**

Article L. 165-2 actuel	Article L. 165-2 modifié
I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ; 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ; 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou	I.-Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ; 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;

séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ; 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ; 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ; 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code. Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. V.-Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.	4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ; 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ; 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ; 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code **;** **9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge.** Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. III.-La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public. IV.-Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. V.-Par dérogation aux I et II, le tarif de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 peut être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Article L. 165-2-1 actuel	**Article L. 165-2-1 modifié**

Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou dans le cadre d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit, à son initiative ou sur demande, des données manifestement erronées relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres Etats membres de l'Union européenne, ainsi qu'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. 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. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou dans le cadre d'une négociation tarifaire, ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** produit, à son initiative ou sur demande, des données manifestement erronées relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres Etats membres de l'Union européenne, ainsi qu'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*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ~~*ce fabricant ou de ce distributeur*~~ **cet exploitant ou de ce distributeur au détail**. 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*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** 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. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 165-2-2 nouveau
	Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur. **Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'Etat ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de**

	recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos. **Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.** **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 deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.** **Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.**
Article L. 165-3 actuel	**Article L. 165-3 modifié**
Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.	Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** et le Comité

Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2.	économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé. Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2.
Article L. 165-3-3 actuel	**Article L. 165-3-3 modifié**
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 : 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 ; 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. 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 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.	I.-Les ~~*fabricants*~~ **exploitants** ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces ~~*fabricants*~~ **exploitants** 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 ~~*fabricants*~~ **exploitants** 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 ; 2° Chaque ~~*fabricant*~~ **exploitant** 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 ~~*fabricant*~~ **exploitant** 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*~~ **exploitant** 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. 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*~~ **exploitants** qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque ~~*fabricant*~~ **exploitant** participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou

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'avant-dernier alinéa du présent II, les pharmaciens titulaires d'officine sont considérés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs, au sens de l'article L. 162-33, des pharmaciens titulaires d'officine, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II. 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'officine, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition. 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	au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation. II.-Les distributeurs **au détail** 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 **au détail** 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 **au détail** 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 **au détail** 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 **au détail** 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 **au détail** qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur **au détail** 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'avant-dernier alinéa du présent II, les pharmaciens titulaires d'officine sont considérés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs, au sens de l'article L. 162-33, des pharmaciens titulaires d'officine, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II. 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'officine, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition.

concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées. 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. 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. 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. Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé. 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. 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. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier	III.-La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des ~~*fabricants*~~ **exploitants** 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. La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs **au détail** 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. 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. 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. Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé. V.-Lorsqu'il apparaît qu'un ~~*fabricant*~~ **exploitant**, un distributeur **au détail** ou une organisation regroupant certains ~~*fabricants*~~ **exploitants** ou distributeurs **au détail** 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*~~ **l'exploitant**, le distributeur **au détail** ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge ~~*du fabricant*~~ **de l'exploitant**, du distributeur **au détail** ou de l'organisation. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par ~~*le fabricant*~~ **l'exploitant** ou le distributeur **au détail**, ou les ~~*fabricants*~~ **exploitants** ou distributeurs **au détail** regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques

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 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. VI.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.	renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. 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 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. VI.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-4 actuel	**Article L. 165-4 modifié**
I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces	I.-Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les ~~*fabricants ou les distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail**, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au**

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.	**détail**. 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*~~ **exploitants ou par les distributeurs au détail**. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.
S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.	S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.
S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité.	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*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité.
III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.	III.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.
IV.-Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.	IV.-Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.
Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.	Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.
Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence	

plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV. A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. V.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV. A défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. V.-Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-4-1 actuel	**Article L. 165-4-1 modifié**
I.-Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent : 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ; 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1. L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés au même article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4. II.-En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les	I.-Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent : 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ; 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail**, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1. L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés au même article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4. II.-En cas de manquement par un ~~*fabricant ou un distributeur*~~ **exploitant ou un distributeur au détail** à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au**

douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'Etat.	**détail** au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité 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. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-5 actuel	**Article L. 165-5 modifié**
I.-Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré. Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année. La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction. II.-La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de	I.-Les ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré. Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge ~~*du fabricant ou du distributeur*~~ **de l'exploitant ou du distributeur au détail**. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par ~~*le fabricant ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année. La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité.	II.-La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure ~~*au fabricant ou distributeur*~~ **à l'exploitant ou au distributeur au détail** de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité.
Article L. 165-5-1 actuel	**Article L. 165-5-1 modifié**
A une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1er janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie et rendus publics sur son site internet. Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation.	A une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1er janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son ~~*fabricant ou distributeur*~~ **exploitant ou distributeur au détail**. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie et rendus publics sur son site internet. Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des ~~*fabricants ou distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation.
Article L. 165-8-1 actuel	**Article L. 165-8-1 modifié**
Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.	Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que ~~*le fabricant ou son mandataire ou le distributeur*~~ **l'exploitant ou le distributeur au détail** concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par ~~*le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur*~~ **l'exploitant ou par le distributeur au détail** au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.	Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-11 actuel	**Article L. 165-11 modifié**
I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1. II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes : 1° La validation de leur efficacité clinique ; 2° La définition de spécifications techniques particulières ; 3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles. III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1. IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs	I. — L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1. II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes : 1° La validation de leur efficacité clinique ; 2° La définition de spécifications techniques particulières ; 3° L'appréciation de leur efficience au regard des alternatives thérapeutiques disponibles. III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les ~~*fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs*~~ **exploitants ou distributeurs au détail** de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1. IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation

d'études complémentaires demandées sur les produits de santé. IV bis.-(Abrogé) V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	par les ~~*fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs*~~ **exploitants ou par les distributeurs au détail** d'études complémentaires demandées sur les produits de santé. IV bis.-(Abrogé) V. — Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 165-13 actuel	**Article L. 165-13 modifié**
En cas d'absence de réalisation dans les délais requis, par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur d'un dispositif médical, des études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que les intéressés ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à leur encontre. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur, au titre du ou des produits considérés, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.	En cas d'absence de réalisation dans les délais requis, par ~~*le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur*~~ **l'exploitant ou par le distributeur au détail** d'un dispositif médical, des études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que les intéressés ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à leur encontre. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par ~~*le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur*~~ **l'exploitant ou par le distributeur au détail**, au titre du ou des produits considérés, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. 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 pénal ité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 871-1 actuel	**Article L. 871-1 modifié**
Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de	Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de

garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5. Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.	garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, **qu'elles ne couvrent pas la consigne mentionnée au 2° du II de l'article L. 165-1-7 du présent code** et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5. Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4. Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie

	dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.
Code de la santé publique	
	Article L. 5212-1-1 nouveau
	Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par un patient différent de celui l'ayant initialement utilisé. **La réalisation de cette remise en bon état d'usage peut notamment être subordonnée :** **1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;** **2° A une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.** **Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°.**

Article 29 - Prise en charge de médicaments particuliers : médicaments faisant l'objet d'importation ou distribution parallèle, médicaments financés via les tarifs hospitaliers, médicaments de nutrition parentérale et modernisation du système de prise en charge

I. Présentation de la mesure

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

• *Difficulté d'interprétation des règles de prise en charge de médicaments faisant l'objet de distribution parallèle par une société non exploitante*

La distribution parallèle est définie par le fait, pour un opérateur économique qui n'est pas le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), d'acquérir, dans un Etat européen, une spécialité faisant l'objet d'une AMM communautaire (c'est-à-dire obtenue par le biais de la procédure centralisée à l'agence européenne du médicament), en vue de sa commercialisation en France.

La distribution parallèle de médicaments sur le territoire français est relativement récente et reste pour le moment marginale. La législation française relative à la prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie est peu claire et ne prévoit aucun cadre juridique applicable. Le droit français dispose simplement que tout établissement pharmaceutique, autre que le titulaire de l'AMM, qui importe d'un autre Etat membre une spécialité ayant une AMM centralisée, notifie son intention d'importer ce produit au titulaire de l'AMM et à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Cette situation engendre des difficultés quant à la prise en charge de ces médicaments et pourrait conduire, dans certains cas (notamment lorsqu'il existe des remises) à des surcoûts pour l'assurance maladie. Si les textes reconnaissent l'importateur parallèle comme un exploitant (qui peut dès lors négocier avec le Comité économique des produits de santé – le CEPS), une société de distribution parallèle ne peut pas être considérée comme assurant l'exploitation des médicaments et ne peut pas, en l'état, négocier avec le comité.

De plus, les médicaments faisant l'objet de distribution parallèle et d'importation parallèle ne sont actuellement pas assujettis aux différentes taxes pharmaceutiques concernant l'exploitant du médicament ce qui soulève des questions d'équité de traitement entre les différents acteurs.

• *Forte augmentation des prix de certains médicaments financés par les prestations d'hospitalisation*

Les produits de santé délivrés dans les établissements de santé peuvent actuellement être pris en charge de deux façons : soit dans les forfaits prévus par groupe homogène de séjour (GHS), soit en sus du financement à l'activité, « à l'euro l'euro », s'ils sont inscrits sur la liste en sus.

Les prix des produits inscrits sur la liste en sus sont négociés entre l'industriel et le CEPS. En revanche, ce n'est pas le cas des produits inscrits sur la seule liste collectivité (financement « intra GHS »), dont les prix sont librement fixés par les industriels. Les établissements de santé négocient directement avec ces derniers le prix d'achat des produits, sans qu'un prix maximal d'achat ne vienne sécuriser les établissements de santé.

Récemment, les prix de plusieurs médicaments pris en charge à travers les GHS ont très fortement augmenté sans qu'aucun élément objectif ne puisse justifier de telles hausses. Des hausses de +400% en un an ont ainsi pu être observées au sein des établissements de santé pour certaines spécialités. Ces situations sont notamment expliquées par l'appauvrissement de la concurrence sur certaines classes de médicaments, plaçant les laboratoires en situation de monopole, ou lors d'un rachat d'un médicament par un autre laboratoire pharmaceutique.

Cela peut à terme menacer l'accès des patients à certains médicaments.

- ***Hétérogénéité de prise en charge de la nutrition parentérale à domicile***

La nutrition parentérale (technique d'assistance nutritive par voie intraveineuse) est utilisée chez des patients présentant une insuffisance intestinale. Cette technique peut être mise à disposition des patients poursuivant leurs soins à domicile sous le contrôle d'un centre de nutrition parentérale labellisé pour des durées de prise en charge excédant 3 mois.

Actuellement, la nutrition parentérale au domicile du patient est prise en charge de façon hétérogène :

- au travers une enveloppe MIG (Mission d'Intérêt Général),
- *via* la facturation de préparations magistrales à l'assurance maladie,
- en cumulant les crédits MIG et la facturation à l'assurance maladie.

Il est nécessaire de préciser des règles homogènes de facturation des établissements hospitaliers sur l'ensemble du territoire.

- ***Les initiations de traitements par médicaments biologiques sont moins nombreuses en ville qu'à l'hôpital***

2. L'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique (CSP) fixe un cadre qui pourrait permettre aux pharmaciens d'officine de délivrer par substitution à un médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire lors de l'initiation de traitement. Cet article n'est actuellement pas applicable en l'absence de décret précisant les conditions d'application. Le contexte a en effet évolué : en 2016 l'ANSM indique, dans son rapport « état des lieux des biosimilaires » qu'il n'est pas souhaitable, pour des raisons de sécurité et de traçabilité, de modifier la prescription initiale, en remplaçant une spécialité par une autre, sans garantie plaçant alors le prescripteur au cœur du dispositif. L'impact de cette mesure sur le développement des médicaments biosimilaires serait dans tous les cas très limité du fait de la restriction à l'initiation de traitement.

Le Gouvernement s'est fortement impliqué pour le développement des médicaments biosimilaires à l'aide d'autres leviers, notamment en informant l'ensemble des parties prenantes de l'intérêt d'un traitement par biosimilaire, en favorisant l'interchangeabilité par le prescripteur, et en mettant en place de nouveaux schémas expérimentaux d'incitation (à travers l'article 51 de la LFSS pour 2018). Dans son rapport « Charges et produits » pour 2020, la CNAM a également proposé de renforcer les incitations à destination des prescripteurs libéraux.

Dans ce contexte, il apparait nécessaire de clarifier le fait qu'il n'est pas possible, pour les pharmaciens, de substituer un traitement biologique de référence par un médicament biosimilaire.

- ***L'accès aux informations relatives à la prise en charge des produits de santé est complexe***

L'accès aux informations relatives à la prise en charge des produits de santé est aujourd'hui complexe : certaines informations sont disponibles au Journal officiel de la République française, avec des délais de publication parfois allongés, d'autres sont disponibles sur le site Internet du Ministère des solidarités et de la santé, certaines enfin sont disponibles sur le site de l'assurance maladie. Cette multiplicité des sources ne favorise pas la diffusion large des règles de prescription et de prise en charge des produits, ni leur respect.

Il convient donc de poursuivre la dynamique de réforme des systèmes d'information relative aux produits de santé actuellement engagée, afin de rendre le système de publication des données de prise en charge plus efficace (en réduisant les délais de publication) et plus lisible pour l'ensemble des parties prenantes (en rassemblant l'information).

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à :

- ***Clarifier les règles de prises en charge applicables aux médicaments faisant l'objet de distribution ou d'importation parallèle***

L'objectif est de clarifier le cadre législatif pour les médicaments faisant l'objet de distribution ou d'importation parallèle. La présente mesure permet de :

- définir les obligations du distributeur parallèle ;
- prévoir expressément la possibilité d'une prise en charge par l'assurance maladie des médicaments faisant l'objet de « distribution parallèle » : il s'agit de faire en sorte que la demande d'inscription sur l'une des listes de remboursement puisse être sollicitée par un distributeur parallèle, comme peut le faire un exploitant aujourd'hui ;

- appliquer les règles de droit commun relatives à la fixation du prix des médicaments aux médicaments issus de la distribution parallèle : dès lors qu'une demande d'inscription peut être sollicitée par un distributeur parallèle, rien ne s'oppose en principe au fait que les règles de droit commun de fixation de prix s'appliquent ;
- prévoir un mécanisme de versement de remises pour le médicament faisant l'objet d'une distribution parallèle (qu'il conviendra d'utiliser dès lors que le médicament de référence fait également l'objet de remises). La mesure introduit également un mécanisme permettant de réviser les clauses de remises appliquées au médicament de référence pour tenir compte de l'arrivée d'un distributeur parallèle, pour éviter tout surcoût pour l'assurance maladie. Il s'agit concrètement de faire en sorte que le montant des remises puisse être déterminé selon le volume total de médicaments vendus par les deux opérateurs, pour éviter un effet anticoncurrentiel de répartition du marché entre ces opérateurs. Ce mécanisme reprend et étend les précédents que constituent les dispositions applicables aux médicaments utilisés en association de traitement et, en ce qui concerne l'appréciation globale du volume des ventes, celles applicables aux dispositifs médicaux ;
- clarifier l'application des précédentes mesures aux importateurs parallèles ;
- assujettir les distributeurs parallèles et les importateurs parallèles aux taxes pharmaceutiques. Pour l'ensemble des taxes pharmaceutiques, l'assujettissement des distributeurs parallèles et des importateurs parallèles se justifie par l'objectif de ne pas générer de distorsion de concurrence avec les exploitants exerçant en France. Il s'agirait spécifiquement d'étendre aux sociétés de distribution parallèle et aux importateurs parallèles les dispositions relatives à :
    - la contribution au montant M dite « clause de sauvegarde » à la charge des laboratoires exploitants des spécialités pharmaceutiques ;
    - la contribution à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ;
    - la contribution sur le chiffre d'affaires et sa contribution additionnelle au titre des spécialités remboursables ;
    - la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments remboursables.

• *Instituer un prix plafond pour certains médicaments « intra-GHS »*

L'objectif de cette mesure est de protéger les établissements de santé contre une augmentation trop importante du prix de certains médicaments « intra-GHS ». La mesure permet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de fixer des prix maximaux de vente de certains produits « intra-GHS » aux établissements de santé, dans des cas particuliers, notamment pour des raisons de santé publique, de maîtrise des coûts, en cas d'augmentation injustifiée des prix par exemple ou lorsque le coût unitaire d'un produit est élevé. Cette disposition sera utilisée ponctuellement en tant que de besoin, mais n'a pas vocation à s'appliquer à tous les médicaments hospitaliers.

• *Fixer des règles homogènes de facturation pour la nutrition parentérale à domicile (NPAD)*

La mesure permet de préciser des règles homogènes de facturation de cette activité par des établissements hospitaliers sur l'ensemble du territoire, et vise à :

- assurer la prise en charge directe par les caisses d'assurance maladie des poches de nutrition parentérales en vue d'une administration au domicile du patient. Cette prise en charge doit s'appuyer sur la constitution de catégories précises permettant de délimiter le périmètre des préparations incluses dans ce champ ;
- définir les modalités de fixation des tarifs adossés à ces catégories.

Lorsque ces nouvelles modalités seront entrées en vigueur, la mission d'intérêt général (MIG) « NPAD » sera supprimée pour éviter tout double financement.

• *Abroger la substitution de médicaments biologiques par le pharmacien lors de l'initiation du traitement*

Conformément aux préconisations de l'ANSM rappelées plus haut, la mesure abroge l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, ce qui clarifie le fait qu'il n'est pas possible pour le pharmacien de substituer un médicament biologique par un autre.

• *Créer une base de données unique, publique, opposable et exhaustive, relative à la prise en charge des produits de santé*

La mesure introduit enfin le principe d'une base de données accessible de manière dématérialisée, le bulletin officiel des produits de santé (BOPS), regroupant l'ensemble des décisions de prise en charge applicables aux produits de santé, ainsi

que les informations relatives à cette prise en charge (taux de prise en charge, prix, indications thérapeutiques concernées…). Cette base se substituerait aux diverses publications au Journal officiel ou sur les sites du Ministère des solidarités et de la santé ou de l'assurance maladie, afin de permettre une cohérence d'ensemble.

Cette mesure s'inscrit dans la volonté de numérisation et de plus grande accessibilité des décisions administratives souhaitée par le Gouvernement. Elle permettra en outre de réduire les délais de publication de ces décisions. Le site sera développé et maintenu par la caisse nationale d'assurance maladie, sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale.

b) Autres options possibles

Une option alternative pour l'homogénéisation de la facturation de la nutrition parentérale à domicile serait de basculer à un financement intégral sur les enveloppes MIG. Cette option expose à un risque de dépenses non contrôlables puisque qu'il serait impossible de s'assurer de l'absence de facturation directe à l'Assurance maladie.

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

La mesure sera de nature à modifier la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'améliorer la pertinence des prises en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 5121-10-2, L. 5123-2, L. 5124-18 du Code de la santé publique, et les articles L. 138-1, L. 138-10, L. 138-13, L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17, L. 162-17-3, L. 162-17-3-1, L. 162-17-4, L. 162-17-5, L. 162-17-7, L. 162-18, L. 162-22-7, L. 245-1, L. 245-2 L. 245-6 du Code de la sécurité sociale.

La mesure crée les articles L. 162-16-4-2 et L. 162-16-4-3 du Code de la sécurité sociale ainsi que l'article L. 5124-13-2 du code de la santé publique. La mesure abroge les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du Code de la santé publique.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) Déterminer les règles de prises en charge applicables aux médicaments faisant l'objet d'importation ou de distribution parallèle

La plupart des médicaments faisant l'objet de distribution parallèle ne sont à l'heure actuelle pas pris en charge, et compte tenu du fait qu'il est prévu d'étendre les dispositions relatives à la prise en charge de droit commun (même régime de prise en charge et fixation du même prix que celui des entreprises exploitantes), l'impact financier particulier restera encadré.

En revanche, des gains sont attendus du fait de l'assujettissement des entreprises d'importation parallèle et de distribution parallèle aux différentes taxes pharmaceutiques.

b) Instituer un prix plafond pour les médicaments « intra GHS »

En sécurisant l'achat par les établissements de santé de certains médicaments intra-GHS, et en diminuant le prix d'achat d'autres médicaments, il est attendu une économie de l'ordre de 10 M€ par an.

c) Préciser des règles homogènes de facturation pour la nutrition parentérale à domicile (NPAD)

En supprimant la possibilité de double facturation des poches de nutrition parentérale, une économie de 5 M€ est attendue.

d) Abroger la substitution des médicaments biosimilaires par les pharmaciens

L'abrogation de cette mesure, de nature à clarifier le régime juridique applicable à la prescription et à la dispensation des médicaments biosimilaires, doit conduire à renforcer la confiance des prescripteurs dans les médicaments biosimilaires. Il est attendu une accélération de la pénétration des biosimilaires, qui doit générer une économie de 10 M€.

e) Créer une base de données unique, publique, opposable et exhaustive, relative à la prise en charge des produits de santé

Le développement du bulletin officiel des produits de santé sera assuré à l'aide des crédits de l'assurance maladie. Il devrait par ailleurs avoir un impact sur les dépenses d'assurance maladie, en raccourcissant les délais de publication au Journal officiel (impact positif à cause des dépenses plus précoces du fait de l'arrivée anticipée du remboursement, ainsi qu'un impact négatif du fait des entrées en vigueur plus rapides des décisions de baisses de prix et d'encadrement des prises en charge), estimé à 10 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		+5	+15	+25	+35

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

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

a) Impacts économiques

La mesure est de nature à avoir un impact économique sur les entreprises de distribution et d'importation parallèles via la maîtrise des prix de vente, l'instauration de remises et le paiement de taxes jusqu'à présent non applicables.

La mesure aura également un impact sur les laboratoires commercialisant des médicaments destinés à l'utilisation intra-hospitalières car elle permettra de contrôler les hausses de prix injustifiées.

La mesure n'a pas d'impact en ce qu'elle concerne la NPAD.

b) Impacts sociaux

La mesure aura un impact positif sur les assurés, car elle permet l'accès au remboursement des spécialités issues de la distribution parallèle.

De plus, elle contribue à améliorer l'efficience des achats publics des établissements de santé grâce à l'instauration du prix plafond des spécialités prises en charge en intra-GHS.

La création du bulletin officiel des produits de santé permettra également une meilleure information des assurés grâce à une centralisation et une meilleure accessibilité des données.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure n'a pas d'impact particulier pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

La mesure étend un dispositif de prise en charge déjà en place à une nouvelle catégorie de médicament. Ce dispositif de prise en charge restant inchangé, il n'est donc pas attendu d'impact spécifique supplémentaire pour les administrations publiques ou les caisses d'assurance maladie.

Le financement de la NPAD *via* une nouvelle nomenclature constitue également une extension du dispositif actuel.

Par ailleurs, le développement du bulletin officiel des produits de santé nécessitera une période initiale de conception/déploiement mais sera à terme bénéfique pour les métiers des agents concernés (meilleur lisibilité du droit, allègement de la charge de travail ainsi que des circuits de validation/publication…).

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

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes. L'assurance maladie contribuera notamment financièrement au développement du bulletin officiel 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.

Les décrets d'application nécessaires à la mise en œuvre des différentes mesures seront publiés au premier semestre 2020.

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

Les mesures concernant la distribution et l'importation parallèles et la possibilité de fixation de prix plafond intra-GHS seront effectives au 1er janvier 2020. La prise en charge de la NPAD sur le risque sera mise en place dans l'année 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la Santé Publique	
Article L. 5121-10-2 actuel	**Article L. 5121-10-2 modifié**
Pour un médicament biologique similaire défini au a du 15° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans la liste de référence des groupes biologiques similaires prévue au b du même 15° au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. La commercialisation du médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Le présent article, à l'exception du troisième alinéa, s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.	Pour un médicament biologique similaire défini au a du 15° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande. Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans la liste de référence des groupes biologiques similaires prévue au b du même 15° au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. La commercialisation du médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits. Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. ~~*Le présent article, à l'exception du troisième alinéa, s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie réglementaire.*~~

Article L. 5123-2 actuel	Article L. 5123-2 modifié
L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments. Les médicaments faisant l'objet des autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article. L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.	L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 **ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2,** sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments. Les médicaments faisant l'objet des autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article. L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.
	Article L. 5124-13-2 nouveau
	Une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle est une spécialité : **1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;** **2° Et importée d'un autre Etat membre ou partie à l'Espace Economique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.**
Article L5124-18 actuel	**Article L5124-18 modifié**
Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat : 1° Les conditions dans lesquelles toute entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique doit être la	Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat : 1° Les conditions dans lesquelles toute entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique doit être la

propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction de laquelle participe un pharmacien ;	propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction de laquelle participe un pharmacien ;
2° Les modalités d'exercice de la location-gérance prévue au premier alinéa de l'article L. 5124-2 ;	2° Les modalités d'exercice de la location-gérance prévue au premier alinéa de l'article L. 5124-2 ;
3° La durée et le contenu de l'expérience pratique appropriée dont doivent justifier les pharmaciens responsables et les pharmaciens délégués, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5124-2 ;	3° La durée et le contenu de l'expérience pratique appropriée dont doivent justifier les pharmaciens responsables et les pharmaciens délégués, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5124-2 ;
4° Les modalités d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-3 ;	4° Les modalités d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-3 ;
5° Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé fabriquant industriellement des médicaments au 31 décembre 1991, peuvent demander à bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 ;	5° Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé fabriquant industriellement des médicaments au 31 décembre 1991, peuvent demander à bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 ;
6° Les conditions de remplacement prévu à l'article L. 5124-4 des pharmaciens responsables et des pharmaciens délégués en cas d'absence du titulaire ou s'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer ;	6° Les conditions de remplacement prévu à l'article L. 5124-4 des pharmaciens responsables et des pharmaciens délégués en cas d'absence du titulaire ou s'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer ;
7° Les conditions de la gérance d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-4 en cas de décès du pharmacien propriétaire ;	7° Les conditions de la gérance d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-4 en cas de décès du pharmacien propriétaire ;
8° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ;	8° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ;
9° Les modalités d'application des articles L. 1413-4, L. 5124-7 et L. 5124-8 et les adaptations qui pourront être apportées, en ce qui concerne les établissements pharmaceutiques, aux second, troisième, et quatrième alinéas de l'article L. 5124-2 ;	9° Les modalités d'application des articles L. 1413-4, L. 5124-7 et L. 5124-8 et les adaptations qui pourront être apportées, en ce qui concerne les établissements pharmaceutiques, aux second, troisième, et quatrième alinéas de l'article L. 5124-2 ;
10° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des établissements pharmaceutiques ;	10° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des établissements pharmaceutiques ;
11° Les règles régissant l'exportation des médicaments prévue à l'article L. 5124-11 ;	11° Les règles régissant l'exportation des médicaments prévue à l'article L. 5124-11 ;
12° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé autorise l'importation des médicaments prévue à l'article L. 5124-13 ;	12° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé autorise l'importation des médicaments prévue à l'article L. 5124-13 ;
13° Les sections de l'ordre auxquelles appartient le pharmacien mentionné à l'article L. 5124-15 et les conditions dans lesquelles ce pharmacien doit être assisté ou remplacé ;	13° Les sections de l'ordre auxquelles appartient le pharmacien mentionné à l'article L. 5124-15 et les conditions dans lesquelles ce pharmacien doit être assisté ou remplacé ;
14° Les conditions dans lesquelles les organismes à but non lucratif et les établissements publics autres que les établissements de santé peuvent bénéficier de l'autorisation visée à l'article L. 5124-3.	14° Les conditions dans lesquelles les organismes à but non lucratif et les établissements publics autres que les établissements de santé peuvent bénéficier de l'autorisation visée à l'article L. 5124-3.
	15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2, ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France.

Article L. 5125-23-2 actuel	**Article L. 5125-23-2 abrogé**
Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.	~~*Dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". Le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.*~~ ~~*Dans le cas où il le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.*~~
Article L. 5125-23-3 actuel	**Article L. 5125-23-3 abrogé**
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies : 1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ; 2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ; 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ; 4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code. Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution. Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	~~*Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :*~~ ~~*1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire mentionné au b du 15° de l'article L. 5121-1 ;*~~ ~~*2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;*~~ ~~*3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;*~~ ~~*4° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.*~~ ~~*Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de cette substitution.*~~ ~~*Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement.*~~ ~~*Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de substitution du médicament biologique et d'information du prescripteur à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.*~~

Code de la Sécurité Sociale	
Article L138-1 actuel	**Article L138-1 modifié**
Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros. Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.	Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques**, par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code** ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L. 5124-18 du **même code** ~~*code de la santé publique*~~ lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros. Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.
Section 2 : Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques	**Section 2 : Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle et la distribution parallèle d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques**
Article L138-10 actuel	**Article L138-10 modifié**
I. - Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin	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, **l'importation parallèle et la distribution parallèle,** d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1**,** ~~*et L. 5124-2*~~ **L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2** du code de la santé publique, ont

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.	respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.
II. - Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :	II. - Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :
1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;	1° S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;
2° S'agissant du taux (Lh) :	2° S'agissant du taux (Lh) :
a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;	a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;	b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;
c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.	c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
Ne sont toutefois pas pris en compte :	Ne sont toutefois pas pris en compte :
- les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;	- les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;
- les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.	- les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.
III. - Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis :	III. - Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis :
1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ;	1° Pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1° et 2° du II ;
2° Pour l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du	2° Pour l'année précédant celle au titre de laquelle la

présent III, en utilisant de nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.	contribution est due, selon la proratisation définie au 1° du présent III, en utilisant de nouveau les montants remboursés au titre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.
Article L138-13 actuel	**Article L138-13 modifié**
Les entreprises redevables de chaque contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de chaque contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de chaque contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de chaque contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de chaque contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de chaque contribution.	Les entreprises redevables de chaque contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de chaque contribution. Les entreprises ~~*exploitant les*~~, **assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des** médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise. Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de chaque contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de chaque contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de chaque contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de chaque contribution.
L. 162-16 dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	**L. 162-16 modifié**
I.- Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique. II.- Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé	I.- Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code de la santé publique. II.- Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé

par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.	par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.
Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.	Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.
III.-La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :	III.-La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :
1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;	1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;
2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.	2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.
Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.	Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.
Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.	Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.
Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.	Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.
IV.-Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.	IV.-Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.
V.- Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.	V.- ~~*Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.*~~
VI.- En cas d'inobservation des dispositions des III et V du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux	VI.- En cas d'inobservation des dispositions des III et V du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux

mêmes III et V, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. VII.- Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.	mêmes III et V, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale. VII.- Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code. Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.
Article L162-16-4 actuel	**Article L162-16-4 modifié**
I. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur. Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision	I. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament, **l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament** et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur. Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision

du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ; 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ; 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ; 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ; 5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ; 6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret. III. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix. IV. – Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4.	du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ; 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ; 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ; 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ; 5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ; 6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; **7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code.** III. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix. IV. – Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. V. – Le cadre des conventions mentionnées aux I et II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4.
	Article L. 162-16-4-2 nouveau
	Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières, définies au 1° et au 2° de

	l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour la nutrition parentérale à domicile, prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article **L. 162-22-6 du présent code, est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le prix peut notamment être différent selon des catégories de préparations définies après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.** **« Les préparations magistrales et les préparations hospitalières relevant du premier alinéa sont définies respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes.** **« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories de préparations, les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des prix, les règles selon lesquelles certaines préparations pour nutrition parentérale à domicile peuvent être prises en charge par l'assurance maladie ou exclues de celle-ci, ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.**
	Article L. 162-16-4-3 nouveau
	I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes : **1° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des prix de produits de santé comparables ;** **2° Dans le cas de produits de santé, qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements.** **II. – Le prix maximal mentionné au I est fixé, après que l'entreprise exploitant le produit a été mise en mesure de présenter ses observations :** **1° Pour les médicaments, 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 ;** **2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Il**

	peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, dans les conditions prévues au II du même article. **III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.**
Article L162-16-5 actuel	**Article L162-16-5 modifié**
I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.	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**, d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code** ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision. Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.	II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.
Article L162-16-6 actuel	**Article L162-16-6 modifié**
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 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 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. Ce tarif et ce prix limite sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4.	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 sont fixés par convention entre l'entreprise **titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou leur distribution parallèle** 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 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. Ce tarif et ce prix limite sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Ils peuvent être fixés à un niveau

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. 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. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13_du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.	inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4. En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. 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. IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13_du code de la santé publique. Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.
Article L162-17 actuel	**Article L162-17 modifié**
Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie	Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique**, les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code** et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.	Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.
Article L162-17-3 actuel	**Article L162-17-3 modifié**
I.-Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale. Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4. Les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations fixés par le comité sont publiés au Journal officiel de la République française. Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.	I.-Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale. Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4. Les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations fixés par le comité sont publiés au **Bulletin officiel des produits de santé.** ~~*Journal officiel de la République française.*~~ Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Un décret précise la composition et les règles de fonctionnement du comité, notamment les conditions dans lesquelles assistent sans voix délibérative à ses séances d'autres représentants de l'Etat que ceux mentionnés à l'alinéa précédent ainsi qu'un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.	Un décret précise la composition et les règles de fonctionnement du comité, notamment les conditions dans lesquelles assistent sans voix délibérative à ses séances d'autres représentants de l'Etat que ceux mentionnés à l'alinéa précédent ainsi qu'un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.
II.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments ainsi que des produits et 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.	II.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments ainsi que des produits et 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.	Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.
III.-Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.	III.-Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.
IV.-Les membres du comité ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux délibérations ni aux votes s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.	IV.-Les membres du comité ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux délibérations ni aux votes s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.
Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même code.	Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même code.
Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Le président adresse la même déclaration à l'autorité compétente de l'Etat. Cette déclaration est rendue publique et est actualisée par ses auteurs à leur initiative.	Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Le président adresse la même déclaration à l'autorité compétente de l'Etat. Cette déclaration est rendue publique et est actualisée par ses auteurs à leur initiative.
Les ministres auprès desquels est placé le Comité économique des produits de santé désignent, dans les conditions définies au II de l'article L. 1451-4 du code de la santé publique, un déontologue chargé, pour le comité, de la mission définie au même II.	Les ministres auprès desquels est placé le Comité économique des produits de santé désignent, dans les conditions définies au II de l'article L. 1451-4 du code de la santé publique, un déontologue chargé, pour le comité, de la mission définie au même II.
Article L162-17-3-1 actuel	**Article L162-17-3-1 modifié**
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 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'Etat. Les conditions d'application du présent I, notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées	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 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'Etat. Les conditions d'application du présent I, notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont

par décret.	fixées par décret.
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 la disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres ou de l'Etat par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent II.	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 la disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres ou de l'Etat par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent II. **III.- Les informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé.**
Article L162-17-4 actuel	**Article L162-17-4 modifié**
En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :	En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :
1° Le prix mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ce prix, notamment en fonction des volumes de vente ;	1° ~~*Le prix mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ce prix, notamment en fonction des volumes de vente ;*~~
2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;	2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;
3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;	3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;
4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;	4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;
4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-	4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-

économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.	économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.
5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.	5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.
L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.	L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.
Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18.	Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18.
Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.	Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.
Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa.	Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa.
Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.	Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.
En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.	En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté. La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 162-17-5 actuel	**Article L. 162-17-5 modifié**
Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge 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 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. Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.	Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge 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 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. Les entreprises exploitant ces produits et prestations**, ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments,** peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.
Article L162-17-7 actuel	**Article L162-17-7 modifié**
S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission	S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament, **qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle** n'a pas fourni, en en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que

mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos. Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédureet les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.	ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos. Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédureet les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. 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 selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
Article L162-18 actuel	**Article L162-18 modifié**
I.-Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.-Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins	I.-Les entreprises qui exploitent**, qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d'**une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France. Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet. Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. II.- ~~*Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments*~~ **Pour :**

pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.	**1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;** **2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières ;** le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités**, qui assurent leur importation parallèle ou qui assure leur distribution parallèle**. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.
Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.	Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité**, qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle,** et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.
III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.	III.-Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.
IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6. Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV.	IV.-Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années. Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5 ou L. 162-16-6.

A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.	Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent IV. A défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.
Article L162-22-7 actuel	**Article L162-22-7 modifié**
I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés. II. - Abrogé.	I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché**, de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament** ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés. II. - Abrogé.
Article L245-1 actuel	**Article L245-1 modifié**
Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.	Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie une contribution des entreprises **:** **-** assurant l'exploitation en France, au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique**, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code,** d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des

	spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.
Article L. 245-2 actuel	**Article L. 245-2 modifié**
I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; [...]	I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre : 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation**, l'importation parallèle ou la distribution parallèle,** des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; [...]
Article L. 245-6 actuel	**Article L. 245-6 modifié**
I.-Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques. II.-La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant : 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ; 2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ; 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ; 4° D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique. III.-Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article : 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées	I.-Il est institué une contribution des entreprises : -assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique**, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code** d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques. II.-La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant : 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ; 2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ; 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ; 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ; 3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette. IV.-Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. V.-Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %. VI.-Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. VII.-La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. VIII.-Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %. IX.-Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés. X.-Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant	4° ~~*D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.*~~ III.-Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article : 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ; 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ; 3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette. IV.-Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. V.-Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %. VI.-Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, **bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code,** d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités. VII.-La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.	VIII.-Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %. IX.-Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés. X.-Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.
	Dispositions transitoires
	A. – L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2021. **B. – Les 11° et 12° du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1er mars 2022.**

Article 30 - Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post-ATU

I. Présentation de la mesure

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

Le dispositif de prise en charge des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), puis le relai de prise en charge effectuée en post-ATU, ont été conçus pour garantir un accès précoce des patients atteints de pathologies graves ou rares en l'absence d'alternative thérapeutique, à des médicaments n'ayant pas encore d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou de prix négocié. Ces produits sont alors accessibles sans que le prix de vente soit négocié avec l'industriel, ce qui pose plusieurs difficultés :

- *le coût de ces dispositifs pour l'assurance maladie représente désormais plus d'un milliard d'euros par an*, contre une centaine de millions d'euros il y a 6 ans alors même que ces prises en charge concernent un nombre de patients de plus en plus faible (les médicaments présumés innovants ont vocation à traiter des populations de patients de plus en plus restreintes). Les prix fixés par les industriels deviennent particulièrement élevés : les coûts de traitement annuels dépassent 200 000 € (quand les coûts de traitement annuels des nouvelles thérapies en oncologie avoisinent 50 000 €). Cette croissance très forte des prix pratiqués illustre la nécessité de l'intervention du législateur afin de garantir la soutenabilité d'un système d'accès précoce de médicaments innovants unique en Europe ;

- *les négociations des prix à l'issue de ces périodes d'accès précoces sont complexes dans de nombreux cas*.
  Les dispositifs de prise en charge en ATU et post-ATU ont vocation, par définition, à rester « temporaires ». Néanmoins ils sont généralement maintenus pendant des périodes allongées sans que cela ne soit justifié, souvent au regard de l'évaluation des médicaments (médicaments non innovants).
  La finalisation des négociations se complexifie, pour deux raisons principales : d'une part les montants des indemnités librement fixées par les laboratoires sont de plus en plus élevés (puisque les laboratoires fixent des prix faciaux élevés dans la phase d'accès précoce), d'autre part la part de médicaments pour lesquels la Haute Autorité de santé (HAS) reconnait un caractère innovant est réduite (seuls 24 % ont été considérés comme innovants - ASMR I à III - après évaluation par la HAS). Par ailleurs, l'intérêt du laboratoire à conclure une négociation est faible, puisque le prix qu'il va négocier sera inférieur à celui qu'il a initialement fixé librement. *In fine*, la prise en charge d'une spécialité au titre d'un dispositif d'accès précoce est de deux ans en moyenne. Dans certains cas, le financement dérogatoire de certains médicaments dure depuis plus de 4 ans, alors même que la commission de la transparence de la HAS leur a octroyé un SMR faible et une absence d'ASMR. Plus de la moitié des 34 spécialités prises en charge en ATU ou post-ATU à ce jour sont entrées dans le dispositif avant janvier 2016 ;

- *les laboratoires n'anticipent pas les niveaux, parfois élevés, de remises dues ce qui complexifie leur recouvrement*. Il apparait que certaines remises, dont le total représente plusieurs centaines de millions d'euros, dues au titre de l'ATU et du post-ATU, sont particulièrement difficiles à recouvrer par l'assurance maladie, parce que les laboratoires ne provisionnent pas les fonds nécessaires. Il n'existe pas de mécanisme permettant de demander au laboratoire de provisionner ou de reverser périodiquement une partie des montants perçus au titre de l'ATU ou du post-ATU, alors même que le laboratoire fixe lui-même le prix de vente, et qu'il n'est plus soutenable de faire supporter à l'assurance maladie le risque de ces prises en charge (les montants de prise en charge ont été multipliés par 10 en 5 ans) ;

- *la prise en charge de certains médicaments en ATU ou post-ATU est de plus en plus large et excède l'innovation réelle*. En effet, si ce dispositif doit permettre la mise à disposition précoce de médicaments innovants, apportant un bénéfice réel pour les patients atteints de pathologies graves ou rares, un nombre élevé de médicaments pris en charge ne correspondent pas aux critères fixés : 28 % des médicaments ayant fait l'objet d'une ATU entre 2013 et 2017 ont obtenu un SMR insuffisant par la HAS, 35 % ont obtenu un SMR suffisant mais une absence d'ASMR (ce qui signifie que le médicament n'est pas innovant).

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

a) Mesure proposée

Afin de pérenniser le dispositif ATU tout en garantissant sa soutenabilité financière, la mesure vise à actionner plusieurs leviers :

- ***Sécuriser le versement des remises à l'issue du dispositif ATU et post-ATU***

Il est proposé d'introduire une communication auprès du laboratoire pharmaceutique exploitant une spécialité concernée par un dispositif d'accès précoce afin de l'aider à tirer les conséquences comptables de la prise en charge de sa spécialité.

- ***Proposer une facilité de paiement pour le laboratoire de certaines remises au titre de l'ATU et du post-ATU***

La mesure propose de déroger à la règle selon laquelle l'ensemble des remises au titre de l'ATU et du post-ATU doivent être versées au titre de l'année de la finalisation des négociations de prix avec le CEPS, pour permettre de prévoir par la signature d'une nouvelle convention, soit une adaptation du calendrier de versement de ces remises (sur un maximum de 2 années consécutives), soit une minoration encadrée dans la limite de 3 % du montant dû par l'entreprise.

- ***Mieux encadrer l'impact des ATU nominatives***

Les ATU nominatives répondent à un usage compassionnel très limité. Des cas récents montrent que certaines spécialités auraient dû être prises en charge dans le cadre d'ATU de cohorte plutôt que d'ATU nominatives. Par ailleurs, le dispositif d'ATU nominatives a été très récemment utilisé pour prendre en charge des thérapies géniques dont le coût s'élève à près de 2 millions d'euros par patient. Il apparait dès lors nécessaire de préciser les conditions de prise en charge de ces ATU nominatives pour en conserver le caractère limité et compassionnel.

La mesure permettra de préciser les conditions d'octroi des ATU nominatives, pour éviter notamment que cette modalité d'accès ne devienne un contournement des règles mises en place pour les ATU de cohorte : les ATU nominatives (et le post-ATU associé), qui correspondent pour les laboratoires à des modalités d'accès compassionnel, seront prises en charge sur la base d'une indemnité de dédommagement fixée par le ministre chargé de la sécurité sociale, et le nombre maximal d'ATU nominatives (avant de basculer sur une prise en charge d'ATU de cohorte dès lors qu'elle est justifié) sera encadré.

Ces modifications permettront également de mieux articuler les règles de délivrance des ATU et les règles de prise en charge des médicaments.

- ***Préciser la disposition de continuité de traitement en ce qu'elle concerne tous les médicaments bénéficiant d'une autorisation en cours au 1er mars 2019.***

L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale a pour objet de garantir que les laboratoires qui bénéficient d'une prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie, au titre d'une spécialité pharmaceutique, assurent la continuité des traitements engagés pendant toute la durée de cette prise en charge puis, à compter de l'arrêt de cette prise en charge, pendant encore une durée d'un an.

L'intention, lors de la création de cette disposition, était d'introduire cette garantie pour l'ensemble des spécialités faisant l'objet d'une prise en charge dérogatoire au 1er mars 2019. La présente mesure précise plus clairement ces dispositions, de sorte que l'application soit faite à toute spécialité bénéficiant d'une prise en charge dérogatoire encore en cours à la date de publication de la présente loi.

b) Autres options possibles

Compte tenu du dynamisme et du niveau des dépenses liées à l'ATU et au post-ATU, il aurait pu être envisagé de supprimer le principe de libre fixation du prix facial par l'industriel lors de la phase d'accès précoce et de mettre en place un dispositif de fixation encadrée de l'indemnité provisoire pour l'ensemble des produits de santé concernés. Cette solution, du fait de son caractère systématique, ne pourrait être introduite qu'en cas d'échec des autres mesures proposées pour garantir la pérennité du système d'ATU. Un mécanisme de séquestre aurait pu être une alternative à la communication aux laboratoires d'informations de nature à les aider à tirer les conséquences comptables de la prise en charge de leurs spécialités pharmaceutiques. Cette option n'a pas été retenue du fait de ses implications en termes de trésorerie des entreprises.

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

La mesure garantit le versement des remises dues par les laboratoires au titre des ATU et post-ATU à l'assurance maladie, et peut en modifier les montants. Elle vise également à préciser les critères permettant d'octroyer des autorisations temporaires d'utilisation, en vue notamment de leur prise en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année

des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 5121-12 et L. 5121-20 du code de la santé publique et L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-1 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, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure aura un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie, en :

- permettant de renforcer le recouvrement de toutes les remises dues au titre de l'ATU et du post-ATU, à l'issue des négociations de prix avec le CEPS dans la mesure où les entreprises disposeront d'informations les aidant à provisionner durant la phase ATU/post-ATU ;
- modifiant les modalités de versement des remises (possibilité d'étalement sur 2 ans ou minoration) dans le cadre de la négociation conventionnelle ;
- précisant les critères d'octroi des ATU en vue de leur prise en charge.

Au regard des éléments de prise en charge au titre des années 2017 et 2018, il est estimé que l'impact combiné de ces trois mesures aurait été de 200 M€. Pour l'avenir, cet impact montera en charge progressivement :

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P	2021	2022	2023
		+ 60	120	+ 200	+ 200

(1) **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

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

a) Impacts économiques

La mesure est de nature à avoir un impact économique positif pour les entreprises souhaitant mettre à disposition, de manière anticipée, certains médicaments innovants répondant à des besoins non couverts car ils bénéficieront ainsi d'une facilité de paiement (étalement sur trois années possibles des remises dues).

b) Impacts sociaux

La mesure impactera positivement les assurés, car elle permettra de pérenniser l'accès précoce à l'innovation.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure n'a pas d'impact particulier pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

La mesure modifie un dispositif d'accès précoce déjà en œuvre. Il n'est donc pas attendu d'impact spécifique supplémentaire pour les administrations publiques ou les caisses d'assurance maladie.

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

La mise en œuvre de la mesure sera réalisée dans le cadre des ressources existantes.

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

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

Un décret précisera les modalités d'application de la mesure. Il sera publié lors du premier semestre 2020.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière d'information n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L5121-12 actuel du code de la santé publique	Article L. 5121-12 modifié du code de la santé publique
I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :	I. — Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :
1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;	1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;
2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.	2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter ~~*un bénéfice*~~ **une efficacité cliniquement pertinente et un effet important** pour lui**, qu'en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables** et que leur efficacité et leur sécurité sont **fortement** présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.
II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.	II. — L'utilisation des médicaments mentionnés au I est autorisée, pour une durée limitée, éventuellement renouvelable par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la demande du titulaire des droits d'exploitation du médicament dans le cas prévu au 1° du I ou à la demande du médecin prescripteur dans le cas prévu au 2° du même I.
III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :	III. — **A.-** Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :
1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ;	
2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou	

d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ; 3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une demande d'essai clinique a été déposée ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III. En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande. IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants : 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ; 2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; 3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient. V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire	1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I**, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise** ; 2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments**, sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise** ; 3° Des essais cliniques sont conduits en France ~~*ou une demande d'essai clinique a été déposée*~~ ; 4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence **dont la valeur maximale est fixée par décret**, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent ~~#~~ **A** ; **5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie.** En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande. **B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies :** **1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du 2° du I pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;** **2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;** **3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.** **Au-delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I.**

usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation. Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations. VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.	IV. — Par dérogation aux dispositions **du A du III et sans préjudice des dispositions du B** du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée ~~*dans l'un des cas suivants :*~~ ~~*1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ;*~~ ~~*2° Lorsque*~~ **lorsque** le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ; ~~*3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient.*~~ V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché. Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation. Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations. VI. — L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

Article L5121-20 actuel du code de la santé publique	Article L. 5121-20 modifié du code de la santé publique
Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :	Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :
1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;	1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;
2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;	2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché globale ;
3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;	3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;
4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;	4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;
5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;	5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;
6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;	6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;
7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et	7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et

l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;	l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;
8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;	8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions **et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de** ~~*dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations*~~ ;
9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;	9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;
10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;	10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;
11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;	11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;
12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui ci ;	12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui ci ;
13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;	13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;
14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;	14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;
15° (Abrogé)	15° (Abrogé)
16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ;	16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la

17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ; 18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ; 19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.	spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ; 17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ; 18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ; 19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.
Article L. 162-16-5-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-16-5-1 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente. II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités	I.-Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations. Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente. II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités

fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.	fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.
Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées.	Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées.
III.-Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.	III.- **A.** Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :	Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;	1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;
2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.	2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.
Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III.	Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III.
	B.- 1° Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.
	2° Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1° peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1er mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
	a) Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du 1° ;
	b) Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en

	application du 1°, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée. **C.- Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication.**
IV.-Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge : 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ; 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un	IV.-Pour l'application du III du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code. Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge : 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ; 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. V.-Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation

remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans les deux cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle. Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. V.-Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2. Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées.	ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet **:** **1° Ou bien** d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 **;** **2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou au titre du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.** Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées. VI.-Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II ou du V est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II ou du V du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II ou au V du

VI.-Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II ou du V est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II ou du V du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II ou au V du présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II ou au V, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. VII.-La prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.	présent article, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du II ou au V, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. VII.-La prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
Article L. 162-16-5-1-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-16-5-1-1 modifié du code de la sécurité sociale**
I.-Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la	I.-Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré**, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article,** ainsi que dans

continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code. En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché. II.-Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat.	le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code. En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché. II.-Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'Etat.
	Dispositions transitoires (continuités de traitement)
	III. – A. – Les dispositions du I, du 2° du A du II et du B du II entrent en vigueur le 1er mars 2020. Les dispositions du A du I, du 2° du A du II et du B du II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date, ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment des autorisations délivrées avant le 1er mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge. **B. – Les dispositions du 2° du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables :** **1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi ;** **2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.** **C. – Les dispositions du C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16 5 2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas des dispositions du V de l'article L. 162-16-5-1, dans sa rédaction issue du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé**

	publique, que cette prise en charge soit effective à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou postérieurement. **D. – L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1, dans sa rédaction issue de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 du même code, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.**

Article 31 - Transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP

I. Présentation de la mesure

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

Une première simplification du financement des agences sanitaires est intervenue avec l'achèvement du décroisement des financements de l'Etat et de l'assurance maladie en 2017, lequel s'est traduit par le transfert des financements de l'agence de biomédecine (ABM) et de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) à l'assurance maladie.

Pour leur part, l'ANSM et l'ANSP sont deux agences sous tutelle du ministère chargé de la santé qui sont actuellement financées par une subvention pour charge de service public de l'Etat sur le programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

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

a) Mesure proposée

Le montant des crédits alloués au 6e sous objectif de l'ONDAM sera augmenté de 268 602 713 €, par le transfert du même montant des autorisations d'engagement et des crédits de paiement inscrits à l'article 35 relatif aux relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale de la loi de finances pour 2020.

Ces crédits correspondent à la subvention pour charge de service public brute à l'agence nationale du médicament et des produits de santé et de l'agence Santé publique France, prévue pour l'année 2020.

Les articles relatifs aux ressources de l'ANSM (art. L. 5321-2 du code de la santé publique) et de l'ANSP (art. L. 1413-12 du code de la santé publique), qui ne prévoient pas de financement par l'assurance maladie, sont modifiés pour ajouter à la liste des ressources de ces agences une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

b) Autres options possibles

Aucun vecteur législatif autre que le PLF et le PLFSS ne permettent de procéder à une telle évolution.

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

La disposition prévue à sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses d'assurance maladie.

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

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

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

Les conseils d'administration de l'ANSM et de l'ANSP ont été informés de la mesure de transfert.

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

- ***Ajout d'un 5° à l'article L. 5321-2 du code de la santé publique***

La rédaction s'inspire des dispositions anciennement applicables à Santé publique France (ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique).

- ***Ajout d'un 2° à l'article L. 1413-12 du code de la santé publique***

Réintégration d'une disposition prévoyant le financement de l'ANSP par une dotation de l'assurance maladie (disposition abrogée par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017**).**

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	*Sans objet s'agissant d'une mesure financière globale*
Mayotte	*Sans objet s'agissant d'une mesure financière globale*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Sans objet s'agissant d'une mesure financière globale*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Sans objet s'agissant d'une mesure financière globale*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le périmètre des montants transférés intègre les économies 2019 et 2020 dans le cadre de la projection des économies prévues sur la période 2018-2022.

PARTIE 11 :

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
CNAM		- 268			

PARTIE 12 : **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 impact

b) Impacts sociaux

Sans impact

- ***Impact sur les jeunes***

PARTIE 13 : Sans impact

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

PARTIE 14 : Sans impact

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact

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

Sans impact

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

a) Impacts sur les assurés, 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…)

La mesure induit une unification du pilotage financier des agences sanitaires au sein du 6e sous objectif de l'Ondam. Le transfert du financement des deux agences conduit à un pilotage renforcé par la direction de la sécurité sociale (DSS), en lien étroit et en complémentarité avec l'expertise métier portée par la direction générale de la santé (DGS).

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.

Une modification de l'article R. 1413-3 du code de la santé publique interviendra pour prévoir la présence de la direction de la sécurité sociale au conseil d'administration de l'ANSP comme c'est déjà le cas pour l'ANSM.

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

Application au 1er janvier 2020

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

Agence nationale de santé publique (ANSP) **Article L. 1413-12 actuel du code de la santé publique**	**Agence nationale de santé publique (ANSP)** **Article L. 1413-12 modifié du code de la santé publique**
L'agence est soumise à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de sa mission et définis au présent chapitre.	L'agence est soumise à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de sa mission et définis au présent chapitre.
Les ressources de l'agence sont constituées notamment:	Les ressources de l'agence sont constituées notamment :
1° Par des subventions de l'Etat, de collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;	1° Par des subventions de l'Etat, de collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;
	2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans les conditions fixées par décret ;
3° Le produit des ventes de produits et services mentionnés à l'article L. 1413-4 ;	3° Le produit des ventes de produits et services mentionnés à l'article L. 1413-4 ;
4° Les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;	4° Les reversements et remboursements mentionnés à l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale ;
5° Par des taxes prévues à son bénéfice ;	5° Par des taxes prévues à son bénéfice ;
6° Par des redevances pour services rendus ;	6° Par des redevances pour services rendus ;
7° Par des produits divers, dons et legs ;	7° Par des produits divers, dons et legs ;
8° Par des emprunts.	8° Par des emprunts.
Agence de sécurité du médicament (ANSM) **Article L. 5321-2 actuel du code de la santé publique**	**Agence de sécurité du médicament (ANSM)** **Article L. 5321-2 modifié du code de la santé publique**
Les ressources de l'agence sont constituées notamment:	Les ressources de l'agence sont constituées notamment:
1° Par une subvention de l'Etat ;	1° Par une subvention de l'Etat ;
2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;	2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;
3° Par des produits divers, dons et legs ;	3° Par des produits divers, dons et legs ;
4° Par des emprunts.	4° Par des emprunts **;**
	5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans les conditions fixées par décret.
L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.	L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.
L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration.	L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration.

Article 32 - Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé

I. Présentation de la mesure

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

Afin de lisser l'impact de la fin du droit aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), deux dispositifs dits « contrats de sortie » distincts ont été prévus :

- Les sortants de la CMU-c, qui passent également au-dessus du seuil d'éligibilité à l'ACS, se voient proposer, lorsqu'ils ont opté pour un organisme complémentaire gestionnaire de leur CMU-c, un contrat couvrant les mêmes garanties que la CMU-c à un tarif maximal de 370 € pour une personne seule pendant une année. Les tarifs sont dégressifs en fonction de la taille du foyer, le tarif étant majoré de 90 % par adulte supplémentaire du foyer et de 50 % par mineur ;
- Les sortants de l'ACS – cette aide ne s'éteignant définitivement qu'au 30 octobre 2020 – se voient eux proposer par leur organisme complémentaire une prolongation pour une période d'un an de leur contrat ou la souscription d'un nouveau contrat parmi les trois contrats ACS, à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS mais qu'ils doivent acquitter intégralement car ils ne disposent plus durant cette période d'un an du « chèque ACS » (dont le montant varie entre 100 et 550 euros en fonction de l'âge de l'intéressé).

La fusion de la CMU-c et de l'ACS en une « Complémentaire santé solidaire », prévue par l'article 52 de la LFSS pour 2019, soulève la question de l'adaptation de ces contrats de sortie, et ce d'autant plus que la réforme du 100 % santé a modifié le cahier des charges des contrats responsables pour tenir compte des améliorations du panier de soins qu'elle a induit, rendant de ce fait certains contrats de sortie ACS « non responsables » à compter du 1er janvier 2020.

En outre, ces dispositifs demeurent relativement peu usités :

- S'agissant du contrat de sortie CMU-c, le fonds CMU-c a interrogé en 2015 les organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-c pour évaluer la connaissance et la diffusion du dispositif de sortie. Ainsi, sur 69 organismes ayant répondu (320 ayant été interrogés), seuls 70 % connaissaient bien le dispositif et 36 % avaient déjà été sollicités par un ancien bénéficiaire de la CMU-c pour la mise en place d'un contrat de sortie CMU-c. En 2014, 1 383 contrats de sortie avaient ainsi été ouverts par les organismes répondants (soit 6 500 en extrapolant à l'ensemble des organismes). Alors qu'environ 30 % des bénéficiaires de la CMU-c, soit environ 1,7 million de bénéficiaires, sortent chaque année du dispositif, le très faible recours au dispositif de sortie peut s'expliquer par différents facteurs. Si certains sont indépendants du dispositif de contrat de sortie (les personnes concernées basculant sans doute massivement plutôt à l'ACS puisque seuls les bénéficiaires de la CMU-c aux trajectoires de ressources très dynamiques sortent en même temps du droit CMU-c et du droit ACS, ou bien choisissent plutôt d'adhérer au contrat collectif dont ils peuvent bénéficier dans l'entreprise où eux ou leurs conjoints travaillent ou retravaillent, ou bien encore ne sont comptabilisés en sortants de la CMU-c que parce qu'ils sont en retard dans leur de demande de renouvellement de la CMU-c), d'autres sont directement liés aux défauts de ce dispositif. Celui-ci s'avère ainsi méconnu et peu avantageux, notamment pour les publics jeunes du fait d'un montant non différencié par tranche d'âge.
- Le contrat de sortie ACS bénéficie pour sa part à 170 000 personnes (toutefois ce chiffre inclut les cas dans lesquels certains organismes utilisent le contrat de sortie de manière transitoire dans l'attente d'une nouvelle attestation ACS pour le renouvellement du contrat). Cependant, le pourcentage de recours varie fortement entre les organismes qui participent à la gestion de l'ACS. Ces taux de souscription différenciés peuvent traduire des politiques plus ou moins volontaristes de la part de ces organismes, mais aussi des difficultés à diffuser l'information dans le cadre de gestions souvent déléguées. La possibilité de souscrire un contrat collectif pour les personnes retrouvant un emploi et le renchérissement du coût de ces contrats (primes et restes à charge) peuvent aussi limiter le recours aux contrats de sortie.

Par ailleurs, l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit l'application au remboursement des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré, d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce coefficient vise à tenir compte de la charge que représente pour les organismes concernés le recouvrement de la participation financière des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire. Il ne s'applique pas aux dépenses de la Complémentaire santé solidaire sans participation. Toutefois, les coûts de gestion assumés par les organismes complémentaires sont davantage corrélés au nombre d'assurés pris en charge qu'au volume de prestations servies. En outre, un affichage en pourcentage des dépenses prises en charge ne leur permet pas d'anticiper le montant qu'ils percevront. Il est donc proposé de modifier ce mécanisme pour prévoir l'application d'un montant forfaitaire par assuré.

Enfin, les droits à la CMU-c peuvent être ouverts le 1er jour du mois de dépôt de la demande, et non le 1er jour du mois suivant l'attribution, lorsque la situation médicale ou sociale du demandeur le justifie (notamment en cas d'hospitalisation). Toutefois, pour les personnes qui déposent simultanément une demande d'ouverture des droits de base et de CMU-c, la rétroactivité de la prise en charge complémentaire au 1er jour du mois de la demande ne peut avoir lieu, en l'absence à cette date de droits de base qui eux sont ouverts à la date de réception de la demande par la caisse.

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

a) Mesure proposée

Les assurés ayant bénéficié de la Complémentaire santé solidaire auront l'assurance de se voir proposer par leur organisme complémentaire gestionnaire, pendant l'année suivant leur sortie du dispositif, un contrat de complémentaire santé responsable, couvrant ainsi un large panier de soins sans reste à charge. Le tarif maximal sera encadré réglementairement, avec un montant variant en fonction de l'âge. Les organismes complémentaires seront ainsi libres du choix du contrat qu'ils proposeront aux sortants de la Complémentaire santé solidaire (et à ceux de l'ACS en 2020), à la seule condition qu'il soit responsable. Les assurés sortant du dispositif de la Complémentaire santé solidaire se verront proposer systématiquement un contrat de sortie ; ils auront ensuite à effectuer les démarches classiques d'adhésion auprès de leur organisme assureur. Les assurés sont informés dès le remplissage du formulaire de demande de Complémentaire santé solidaire de leur droit à bénéficier d'un tel contrat s'ils choisissent comme gestionnaire de leur droit un organisme complémentaire figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le régime local d'Alsace Moselle comporte une couverture complémentaire santé spécifique obligatoire, qui repose sur une cotisation acquittée par les assurés de ces régimes. Le texte tient compte de cette différence permettant une meilleure prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et réduisant la part prise en charge par le contrat de sortie. Il compense une cotisation plus importante pour les assurées de ces régimes par un prix moins élevé du contrat de sortie. Cette mesure s'appliquera aux assurés sortants de la CMU-c et de l'ACS à compter du 1er janvier 2020. Les contrats de sortie CMU-c et ACS en cours à cette date continueront à produire leurs effets jusqu'à leur terme.

S'agissant des frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière, il est proposé de fixer un montant forfaitaire annuel par assuré afin de calibrer ce montant de manière plus appropriée et de donner aux organismes gestionnaires une parfaite visibilité sur ce qu'ils percevront, en fonction du nombre d'assurés couverts au titre de la Complémentaire santé solidaire. Pour tenir compte des coûts de bascule entre l'ACS et la CMU-c étendue, ce montant sera fixé à 32 euros en 2020, à 30 euros en 2021, puis à 28 euros à compter du 1er janvier 2022.

Enfin, il est proposé d'aligner la date d'ouverture des droits à la Complémentaire santé solidaire sur la date d'ouverture des droits de base, y compris en milieu de mois, pour les personnes qui font une demande simultanée de prise en charge des frais de santé et de Complémentaire santé solidaire et dont la situation médicale ou sociale justifie la rétroactivité de la prise en charge complémentaire.

b) Autres options possibles

Une option pourrait consister à ouvrir le droit au contrat de sortie à l'ensemble des sortants de la Complémentaire santé solidaire (y compris ceux gérés par l'assurance maladie obligatoire). Ces derniers pourraient ainsi aller demander à un organisme complémentaire gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire de leur choix un contrat de sortie sur la base de l'attestation de droit de l'année N-1. Toutefois, cela affaiblirait la plus-value d'opter en amont pour un organisme complémentaire gestionnaire plutôt que l'assurance maladie pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire. *A contrario* une telle option pourrait, au sein des organismes complémentaires, être vue comme un levier de fidélisation de nouveaux adhérents pour les organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire.

Une autre option aurait consisté à ne pas modifier le dispositif actuel prévu à l'article 6-1 de la loi « Evin » de 1989 relatif aux contrats de sortie ouverts aux bénéficiaires de la CMU-c gérés par des organismes complémentaires et qui renvoie à un arrêté le soin de fixer son tarif maximal. Toutefois, le tarif fixé, indifférent en fonction de l'âge des bénéficiaires, est inadapté notamment pour les publics jeunes et cette option paraît donc à écarter.

Il aurait pu enfin être choisi de supprimer tout dispositif de sortie de la protection complémentaire en matière de santé. Toutefois, alors que le taux de rotation à la CMU-c est relativement important, une telle option créerait un effet de seuil important pour des publics en situation de précarité.

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

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où l'amélioration du taux de couverture en matière de complémentaire santé concourra à accroître le recours aux soins et donc les frais de santé pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Elle s'inscrit également au titre du 3° du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale en ce qu'elle a un impact sur les règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux

organismes concourant à leur financement. compte tenu de l'amélioration du taux de recours aux contrats de sortie CMU-c, la mesure aura une influence à la hausse sur les recettes de TSA .

Les montants correspondants aux frais de gestion de la Complémentaire santé solidaire seront imputés dans les comptes du Fonds CMU-c avec un impact correspondant sur les recettes de la CNAM compte tenu des règles en vigueur relatives à l'affectation de la TSA ;

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

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

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.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre

- de déterminer les conditions du droit ou de l'obligation de s'affilier à un régime de sécurité sociale ou à telle ou telle branche de pareil régime
- de définir les conditions requises pour l'octroi des prestations de sécurité sociale,

du moment qu'il n'est pas fait, à cet égard, de discrimination entre nationaux et ressortissants des autres États membres

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire de la concurrence. Les tarifs des contrats de sortie CMU-c sont encadrés pour tous les organismes complémentaires gestionnaires à la même hauteur, pour une durée limitée à un an et pour un public bien identifié, en situation de précarité ou en voie de réinsertion professionnelle.

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

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

a) Possibilité de codification

La disposition sur les contrats de sortie implique la création d'un nouvel article L. 861-12 du code de la sécurité sociale et la modification de l'article L. 861-8 du même code afin d'en faire une obligation pour les organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire.

La disposition sur les frais de gestion modifiera l'article L. 862-2 du même code.

Enfin, la disposition sur l'ouverture rétroactive de la Complémentaire santé solidaire des dispositions modifiera l'article L. 861-5 du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques seront 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 non applicable.* *Des dispositions particulières s'appliquent à Mayotte depuis le 1er mai 2019 (article 53 de la LFSS pour 2019, prévoyant une exonération de ticket modérateur sous condition de ressources)*
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

En améliorant le taux de recours aux contrats de sortie à la Complémentaire santé solidaire, qui présentent un meilleur ratio qualité/prix que certains contrats du marché de droit commun, la mesure conduira à une baisse de la recette de taxe de solidarité additionnelle (TSA). A contrario, la mesure conduira également à des recettes de TSA supplémentaires au titre des assurés qui renoncent actuellement à toute couverture complémentaire santé en sortie de CMU-c.

En tout état de cause, compte tenu de la réforme du financement du Fonds CMU prévue par l'article 28 de la LFSS pour 2018, le Fonds est attributaire de la part de la TSA sur les contrats d'assurance maladie complémentaire nécessaire à l'équilibrage de son résultat, le solde étant attribué à la CNAM. La variation de la recette de TSA se répercutera donc sur les produits retranscrits dans les comptes de la CNAM.*

Par ailleurs, l'amélioration du taux de couverture en matière de complémentaire santé concourra à accroître le recours aux soins et donc les frais de santé pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire. En effet, pour les assurés concernés par cette amélioration de leur couverture complémentaire, une augmentation d'1% de leurs dépenses d'assurance maladie équivaut à 2M€.

S'agissant des frais de gestion, dans l'hypothèse où 80 % des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sont gérés par des organismes complémentaires, et compte tenu du fait que les frais de gestion seront de 32 euros par bénéficiaire en 2020, de 30 euros en 2021, puis de 28 euros à compter de 2022, les montants qui seront attribués aux organismes gestionnaires sont estimés à 34 millions d'euros en 2020, soit 4 millions d'euros de surcoût comparativement au taux de 5 % de frais de gestion actuellement prévu par le texte.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020	2021	2022	2023
CNAM		- 4			

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

a) Impacts économiques

La diffusion des contrats de sortie de la Complémentaire santé solidaire améliorera le pouvoir d'ach at des assurés en maîtrisant leur taux d'effort pour acquitter leur prime de contrat d'assurance santé.

b) Impacts sociaux

La présente mesure vise à réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières en améliorant la couverture en complémentaire santé des populations précaires. En effet, les sorties de dispositifs d'aide à la complémentaire santé peuvent aboutir à des défauts de couverture en complémentaire santé et à des situations de non recours aux soins.

- ***Impact sur les jeunes***

La modification de la tarification des contrats de sortie de la Complémentaire santé solidaire sera notablement favorable aux assurés les plus jeunes.

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

Les tarifs des contrats de sortie de la Complémentaire santé solidaire seront identiques que les assurés soient en situation de handicap ou non, garantissant une égalité de traitement. Leur état de santé pouvant nécessiter des besoins de soins plus importants, le fait de pouvoir accéder à une complémentaire santé à une tarification maîtrisée est donc particulièrement favorables à ces personnes.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

Les bénéficiaires de la CMU-c au régime général sont majoritairement des femmes, avec un taux d'environ 55 %. Elles seront donc en nombre davantage bénéficiaires de l'amélioration du dispositif de contrat de sortie.

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, anciennement bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire gérée par un organisme complémentaire, se verront systématiquement proposer un contrat de sortie sans démarche de leur part. S'ils souhaitent y adhérer, ils devront alors effectuer les démarches de souscription prévues classiquement par l'organisme.

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 arrêté déterminant les tarifs des contrats de sortie sera publié d'ici fin 2019 pour une application aux contrats souscrits à compter du 1er janvier 2020.

Un arrêté fixant le montant forfaitaire des frais de gestion applicables à la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière devra être publié avant le 1er janvier 2020.

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

Sans objet.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire seront informés sur l'évolution du contrat de sortie grâce aux sites internet du Fonds de la Complémentaire santé solidaire (ex Fonds CMU) et des régimes d'assurance maladie. De plus, les

sortants du dispositif reçoivent un courrier à l'expiration de leur droit qui mentionnent ce contrat spécifique. Les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif devront également informer les assurés de ce droit.

d) Suivi de la mise en œuvre

La montée en charge du dispositif sera suivie par le Fonds de la Complémentaire santé solidaire.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre 2019)	**Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (modifié)**
[…]	[…]
Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.	Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ~~*sont dispensées de l'avance de frais*~~ **bénéficient du tiers payant** pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.
Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.	Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, ~~*de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent*~~ **du tiers payant** pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. **Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée.**
Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.	Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.
Le décret mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5.	Le décret mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5.
	Article L. 861-4-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)

	Lorsqu'un assuré obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'il bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il obtient à sa demande : **1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 ;** **2° Soit la modification des garanties initialement souscrites en la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste susmentionnée. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue par l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.** **Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.** **Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.**
Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre)	**Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale (modifié)**
La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du	La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du

demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu.	demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu.
La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.	La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.
La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.	La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, **ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si elle lui est postérieure**, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de ~~*cette protection*~~ **la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3** est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.
Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.	Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.
Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.	Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.

Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre)	**Article L. 861-8 du code de la sécurité sociale (modifié)**
Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions du même quatrième alinéa. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1.	Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions du même quatrième alinéa. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1. **Les organismes inscrits sur la liste susmentionnée sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12.**
Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre)	**Article L. 861-11 du code de la sécurité sociale (modifié)**
[…] En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'Etat. A l'expiration de ce délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées. L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence : 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour	[…] En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'Etat. A l'expiration de ce délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées. L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence : 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour

du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ; 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée. Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé. Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'Etat.	du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ; 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit ~~*et au montant de la participation non acquittée*~~. Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé. Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'Etat.
	Article L. 861-12 (nouveau)
	A l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. **Ce tarif peut être adapté par décret pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime.**
Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre)	**Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale (modifié)**
Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3. Ce fonds, dénommé : " Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire ", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de	Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3. Ce fonds, dénommé : " Fonds de ~~*financement de la couverture maladie universelle complémentaire*~~ **la Complémentaire santé solidaire",** est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants

surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.	de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.
Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.	Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.
Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.	Le fonds **mentionné au premier alinéa** ~~*de financement de la protection complémentaire*~~ peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.
Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale (en vigueur au 1er novembre)	**Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale (modifié)**
Les dépenses du fonds sont constituées :	Les dépenses du fonds sont constituées :
a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.	a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont ~~*affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion*~~ **minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est** fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ~~*et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.*~~
Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes	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

correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ; b) Par les frais de gestion administrative du fonds. Les modalités d'application du a sont précisées par décret.	des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ; b) Par les frais de gestion administrative du fonds. Les modalités d'application du a sont précisées par décret.
Article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques	**Article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (abrogé)**
A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté. Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code. Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1er janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.	
Article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques	**Article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (abrogé)**
Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande : 1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;	

2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun. Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.	
Article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques	**Article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (abrogé)**
Lorsque les personnes mentionnées au neuvième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux six premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale.	

Article 33 - Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

I. Présentation de la mesure

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

De nombreuses études (IGAS[1], Santé Publique France[2], INSEE[3], France stratégie[4]) montrent que l'une des causes des grossesses non désirées est la prise irrégulière d'un moyen de contraception, et ce notamment en raison de difficultés financières.

Or l'accès à la contraception est aujourd'hui moins important parmi les mineurs âgés de moins de 15 ans qu'après cet âge. Selon les données de l'enquête *Health Behaviour in School-Aged Children* de l'Organisation mondiale de la santé et coordonnée en France par Santé Publique France, les élèves dont le premier rapport sexuel a lieu à l'âge de 13 ans utilisent en effet moins la contraception que ceux dont le premier rapport a lieu à l'âge de 15 ans.

Une part non négligeable des mineurs de moins de 15 ans en France ont des rapports sexuels (16,5% des jeunes garçons et 6,9% des jeunes filles en 2016). Les différentes études disponibles montrent que les facteurs associés à cette précocité sexuelle sont le manque relatif de soutien familial de l'enfant ainsi que la perception de difficulté économique du foyer : la probabilité d'avoir un premier rapport avant 15 ans est ainsi multiplié par 2,3 et 2 respectivement pour les garçons et les filles se percevant en difficulté économique (Maillochon, Ehlinger, Godeau, 2016).

Toutefois, contrairement aux mineures d'au moins 15 ans, les mineures d'un âge inférieur ne peuvent bénéficier de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des frais liés à l'acquisition des contraceptifs remboursables et des consultations et actes liées à la contraception, alors même qu'elles peuvent bénéficier d'une prise en charge intégrale des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et de la contraception d'urgence, cette dernière étant anonyme et sans conditions d'âge.

Si le nombre de naissances a fortement diminué pour les jeunes femmes de la tranche 15-19 ans, passant de 52 100 naissances à 16 500 naissances de 1980 à 2013, il est stable sur la même période pour les 12-14 ans. On observe ainsi un nombre significatif de grossesses de ces mineures, avec près de 1 000 jeunes filles enceintes entre 12 et 14 ans en France chaque année. Parmi ces grossesses, 770 se concluent par une interruption volontaire de grossesse (données 2013).

Le rapport IGAS d'avril 2015 sur l'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures recommandait ainsi d'aligner les règles applicables sur celles visant à assurer la gratuité et sur celles concourant à l'anonymat, à savoir un accès ouvert à l'ensemble des mineures.

Par ailleurs, l'article L. 5134-1 du code de la santé publique prévoit que, pour toutes les mineures sans condition d'âge, la délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces dernières, ainsi que leur prise en charge soient protégées par le secret, sans consentement des titulaires de l'autorité parentale. Il apparait alors que l'absence de prise en charge intégrale de ces actes et prestations par l'assurance maladie fait obstacle à la pleine application de cet article. En effet, l'assurée de moins de 15 ans souhaitant bénéficier de l'anonymat doit se rendre dans un centre de planification. Dans le cas contraire, elle devra s'acquitter du ticket modérateur sans possibilité de prise en charge de celui-ci par un organisme de complémentaire santé, sauf à induire la levée de cet anonymat par la complémentaire santé. Une telle différence de traitement entre les assurées de moins de 15 ans et les autres apparait peu justifiée.

La suppression de la condition d'âge pour ouvrir la gratuité de la contraception à toutes les assurées mineures requiert l'intervention du législateur.

---

[1] Rapport IGAS n° 2014-167 « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures » (avril 2015), S. DUPAYS, C. HESSE, B. VINCENT ; rapport IGAS n° 2009-104 « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » (février 2010), C. AUBIN, D. JOURDAIN MENNINGER, L. CHAMBAUD

[2] « La santé des collégiens en France / 2014. Données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children. Relations amoureuses et sexualité », Santé Publique France (2016)

[3] « Femmes et hommes, l'égalité en question », INSEE Références (2017)

[4] « Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale » M.-C. NAVES, S. SAUNERON, Centre d'analyse stratégique (2011)

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée vise à lever la condition d'âge minimal pour le bénéfice de la suppression de la participation de l'assurée pour les frais liés à la contraception, afin de ne faire aucune distinction entre les mineures de moins de 15 ans et les autres mineures.

Toute mineure pourra donc obtenir la prise en charge intégrale accompagnée d'une dispense d'avance de frais pour :

- Les consultations annuelles réalisées par un médecin ou une sage-femme au cours de laquelle sont prescrits soit des examens de biologie médicale en vue d'une contraception, soit une contraception ;
- Les contraceptifs remboursables (pilules de 1ère et 2e générations, implant contraceptif hormonal, stérilet, préservatif) ;
- Les actes liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif ;
- Les consultations de suivi réalisées par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception ;
- Certains examens de biologie médicale liés à ce suivi une fois par an, s'ils sont nécessaires.

L'ensemble du parcours sera protégé par le secret. Si la mineure le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations ou des contraceptifs acquis sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie, permettant ainsi d'assurer son anonymat.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être proposé d'abaisser la condition d'âge minimal à 13 ans au lieu de 15 ans, ce qui contribuerait à améliorer la couverture des mineures ayant des rapports sexuels ayant recours à un contraceptif. Toutefois, ceci ne ferait que déplacer le sujet et ne permettrait pas à toutes les jeunes filles d'avoir accès à une prise en charge intégrale de la contraception. Cette mesure ne répondrait ainsi pas aux besoins de certaines assurées dans des situations socio-économiques et affectives souvent très précaires.

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

La mesure s'inscrit dans le cadre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, en ce qu'elle a un impact direct sur les dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

Il n'existe pas de règlements ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet.

Cette mesure est cohérente avec les conclusions du rapport « Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe » de Nils Muižnieks, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, qui souligne qu'en vertu du droit international et européen des droits de l'homme, les États européens ont l'obligation de prendre des mesures effectives

afin de respecter et protéger les droits sexuels et reproductifs des femmes en assurant à toutes les femmes des soins et des services de santé sexuelle et reproductive qui soient accessibles, abordables et de bonne qualité.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure implique de modifier les articles L. 160-14, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale ainsi que l'article 20-4 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La présente mesure ne nécessite pas d'abroger de dispositions obsolètes.

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

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

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure permet une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire du coût des contraceptifs inscrits au remboursement, ainsi que des consultations réalisées en vue d'une prescription de ces contraceptifs ou d'examens biologiques, ou contenant des actes de pose, changement ou retrait d'un contraceptif, en tiers-payant.

L'IGAS estimait en 2015 qu'environ 25 000 personnes par génération entrent dans la sexualité avant l'âge de 15 ans. Le remboursement d'un contraceptif (pour la seule partie actuellement prise en charge par l'assurance maladie pour cette tranche d'âge, soit 65 %) pour les 10 à 15 000 filles de 12 à 14 ans concernées – après consultation non remboursée – a eu un coût de l'ordre de 100 000 € par an en 2014. En cas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire à 100 % des coûts des remboursements de consultation, des analyses biologiques et de la délivrance des contraceptifs, le surcoût aurait été de 210 000 € en 2015, sans hypothèse de montée en charge et en excluant une augmentation significative du taux de recours au regard de l'analyse de l'impact observé lorsqu'avait été mise en place la prise en charge de la pilule du lendemain.

Le détail de l'évaluation de l'IGAS s'établissait ainsi : environ 50 000 € pour la délivrance en pharmacie, près de 50 000 € pour les examens biologiques et un peu plus de 100 000 € pour en termes de consultations.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020	2021	2022	2023
Régimes d'assurance maladie		- 0,2	- 0,2	- 0,2	- 0,2

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

a) Impacts économiques

L'impact est non significatif et n'est en tout cas pas l'objet prioritaire de la mesure

b) Impacts sociaux

La mesure a pour effet d'améliorer l'accès à la contraception pour les assurées mineures et d'offrir aux adolescentes les meilleures conditions d'entrée dans la vie sexuelle et affective tout en prévenant le recours à l'IVG.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure assure un traitement équivalent entre mineures en matière de prise en charge de la contraception, en supprimant la condition minimale d'âge de 15 ans. Elle permettra ainsi de lever les freins financiers, mais aussi d'assurer la confidentialité de la prise en charge lorsque l'assurée le souhaite.

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

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact environnemental.

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

Cette mesure a un effet direct sur les droits des femmes, en favorisant l'accès à la contraception pour les mineures de moins de 15 ans, levier indispensable à la prévention des grossesses précoces non désirées chez les jeunes filles. Elle a également un effet direct sur l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes, en ce qu'elle favorise le maintien dans le système scolaire des jeunes filles. En effet, les adolescentes enceintes sont davantage susceptibles d'abandonner leur scolarité et d'interrompre leur éducation, ce qui réduit leurs chances de trouver un emploi et limite leurs perspectives par la suite.

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

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

Pour bénéficier de la mesure, les assurées n'auront pas de démarches supplémentaires à effectuer sauf à informer, le cas échéant, le professionnel de santé de leur souhait de confidentialité. Il conviendra cependant de veiller à ce que les jeunes filles soient informées de la gratuité des actes liés à la contraception. Les modalités de cette information peuvent être de plusieurs formes : verbalisation par les professionnels de santé, information par les associations spécialisées, campagne d'information, information en séance d'éducation à la sexualité, etc.

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

Cette mesure n'implique pas de charge administrative lourde pour les caisses de sécurité sociale : les systèmes d'information de l'assurance maladie seront mis à jour pour prévoir l'exonération de ticket modérateur à l'ensemble des mineures sur les actes et traitements concernés.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Article R. 160-17 du code de la sécurité sociale et article 14 du décret n°2004-942 du 3 septembre 2004 portant application de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

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

La mesure entrera en vigueur au 1er janvier 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'assurance maladie informeront les assurées via leur site internet. Les pharmaciens et praticiens ainsi que les centres de protection maternelle et infantile et les centres de santé seront aussi informés par newsletter pour assurer une bonne information des nouvelles conditions de prise en charge.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure fera l'objet d'un suivi du nombre de bénéficiaires de l'exonération par les régimes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 160-14 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 160-14 modifié du code de la sécurité sociale**
La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : [...] 21° Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ; 25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code. La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.	La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants : [...] 21° Pour l'assurée mineure ~~*d'au moins quinze ans*~~, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; 22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ; 23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ; 24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ; 25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code. La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré. Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.
Article L. 162-4-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-4-5 modifié du code de la sécurité sociale**
Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes	Le médecin qui prescrit ~~*un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3*~~ **à une assurée mineure, un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14** ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette

donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.	dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.
Article L. 162-8-1 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 162-8-1 modifié du code de la sécurité sociale**
La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.	La sage-femme qui prescrit ~~*un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3*~~ **à une assurée mineure, un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14** ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.
Article 20-4 actuel de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	**Article 20-4 modifié de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte**
Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.	Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1, **L. 162-4-5, L. 162-8-1,** L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.
Article 9 actuel de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	**Article 9 modifié de l'ordonnance n°77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales**
L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : - L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; - L. 161-1 à L. 161-6 ; - L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; - L. 162-3 et L. 162-4 ; - L. 162-29 et L. 162-30 ; - L. 169-1 à L. 169-11 ; - L. 16-10-1 ; - L. 174-4 et L. 174-17 ;	L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : - L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ; - L. 161-1 à L. 161-6 ; - L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ; ~~*- L. 162-3 et L. 162-4 ;*~~ **- L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;** - L. 162-29 et L. 162-30 ; - L. 169-1 à L. 169-11 ; - L. 16-10-1 ; - L. 174-4 et L. 174-17 ;

- L. 217-1 ;	- L. 217-1 ;
- L. 311-9 sous réserve des dispositions de l'article 9-4 ci-dessous et L. 311-10 ;	- L. 311-9 sous réserve des dispositions de l'article 9-4 ci-dessous et L. 311-10 ;
- L. 313-1 à L. 313-5 ;	- L. 313-1 à L. 313-5 ;
- L. 315-1 ;	- L. 315-1 ;
- L. 321-1 ;	- L. 321-1 ;
- L. 322-5 à L. 322-6 ;	- L. 322-5 à L. 322-6 ;
- L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ;	- L. 323-1 à L. 323-5 sous réserve des dispositions de l'article 9-6 ci-dessous ;
- L. 324-1 ;	- L. 324-1 ;
- L. 331-1 à L. 331-8 ;	- L. 331-1 à L. 331-8 ;
- L. 332-1 et L. 332-2 ;	- L. 332-1 et L. 332-2 ;
- L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ;	- L. 371-1 à L. 371-3 et L. 371-5 à L. 371-7 ;
- L. 374-1 ;	- L. 374-1 ;
- L. 375-1 ;	- L. 375-1 ;
- L. 376-1 à L. 376-3 ;	- L. 376-1 à L. 376-3 ;
- L. 377-1 à L. 377-5.	- L. 377-1 à L. 377-5.

Article 34 - Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments

I. Présentation de la mesure

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

Face à l'augmentation croissante des pénuries de médicaments, les mesures mise en place depuis 2016 n'ont pas suffisamment permis de pallier les ruptures de stocks de médicaments dont le bilan permet de pointer les axes d'amélioration qu'il convient de renforcer. Cependant, il convient de noter que ces dispositions ne sont entrées en vigueur qu'en janvier 2017 et ont fait l'objet d'une mise en œuvre progressive par les industriels concernés.

Dès lors, un renforcement de la législation est souhaité, visant à renforcer la régulation des pénuries afin de permettre une meilleure anticipation et gestion de celles-ci dans l'objectif d'assurer la continuité de traitement des patients.

De plus, une disparité existe entre les médicaments utilisés à l'hôpital et ceux utilisés en ville. L'hôpital dispose du mécanisme « achat pour compte » qui oblige une entreprise défaillante n'assurant pas l'approvisionnement de son médicament à payer le surcout engendré par l'achat d'une alternative (importée ou non).

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

a) Mesure proposée

En premier lieu, afin de maintenir un approvisionnement continu du marché en cas de rupture de stock, toute entreprise pharmaceutiques exploitant un médicament doit constituer un stock de sécurité destiné au marché national dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

En deuxième lieu, il est nécessaire de renforcer les obligations des laboratoires exploitant des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur en cas de rupture de stock, lorsque les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent pas de couvrir les besoins nationaux dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, Il est ainsi permis au directeur général de l'Agence de faire procéder par l'entreprise pharmaceutique exploitante, à l'importation de toute alternative au médicament d'intérêt thérapeutique majeur en rupture dans la limite de la durée de la rupture.

L'entreprise défaillante exploitant le médicament versera à l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative au médicament et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture. L'alternative au médicament en rupture est soit un médicament importé soit un médicament déjà commercialisé en France.

Enfin, le champ de sanctions financières est élargi afin de venir sanctionner les manquements des opérateurs aux obligations qui leur incombent, notamment en cas de défaut d'information de l'ANSM de tout arrêt de commercialisation, en cas d'arrêt de commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives, lorsque les mesures prévues dans le PGP sont défaillantes.

b) Autres options possibles

Aucune autre option n'a été identifiée permettant de renforcer la capacité de régulation des ruptures de stocks.

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

La mesure sera de nature à réduire les dépenses de l'assurance maladie liées aux situations de rupture. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

Dans ces conditions, la mesure qui vise à limiter ces importations coûteuses par la constitution de stocks nécessaires à l'approvisionnement national constitue une mesure d'économie qui entre dans le champ du 3° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS.

Par analogie, le Conseil constitutionnel a pu considérer que relèvent du champ de la lfss les mesures d'accélération de la mise sur le marché des génériques, l'établissement d'une charte qualité pour les médicaments (n°2017-756 DC), ou encore la rédaction de fiches de bon usage (n°2015-727 DC).

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

Ministère de la justice (pour les sanctions financières)

Direction de la sécurité sociale (pour la réversion du coût supplémentaire engendré par les importations d'alternatives thérapeutiques)

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 ?

Dans le respect de la directive 2001/83/CE modifiée, la compétence relève des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La présente mesure modifie les articles L. 5121-30, L. 5121-32 à -34, L. 5423-8 et L. 5471-1 du code de la santé publique.

Elle crée également un article L. 5423-9 dans le code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition n'est abrogée par la présente mesure.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	Oui
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Non

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La gestion des situations de pénuries est coûteuse pour les finances de l'assurance maladie dans la mesure, notamment, où elle implique de recourir à des traitements de substitution plus onéreux ainsi que, dans certains cas, à l'importation de médicaments dans un cadre financier nécessairement moins avantageux que celui initialement négocié par l'assurance maladie ou les établissements de santé avec le laboratoire défaillant.

Les mesures envisagées permettront de réduire les dépenses inhérentes aux importations de médicaments et à leurs conséquences sur l'organisation des soins. Elles auront donc un impact sur les dépenses d'assurance maladie.

L'introduction d'un reversement de l'entreprise pharmaceutique exploitant défaillante au bénéfice de l'Assurance maladie du différentiel de prix entre la spécialité importée et la spécialité initiale entrainera des gains pour l'assurance maladie. Ces gains sont estimés a minima à 6M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)			
	2020 P ou R	2021	2022	2023
	+ 6	+ 6	+ 6	+ 6

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

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

a) Impacts économiques

Aujourd'hui, les frais liés à la mise en place de ces mesures alternatives dans le cadre d'une rupture de stock, sont supportés par la solidarité nationale notamment le coût supplémentaire résultant de l'importation de ces alternatives Les frais seront désormais supportés par l'entreprise.

Par ailleurs, la mesure aura un impact économique défavorable pour les laboratoires car ils dervront constituer des stocks de sécurité destiné au marché et, donc, provisionner à cet effet.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Pas d'impact

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

Pas d'impact

c) Impacts sur l'environnement

Pas d'impact

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

Pas d'impact

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

Aucun impact identifié

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

Aucun impact identifié

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

Aucun impact identifié

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 détermine les conditions de mise en œuvre des mesures prises par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5121-33 (conditions d'importation, versement du différentiel de prix à l'assurance maladie, et conditions de mise en place des stocks de sécurité destinés au marché national).

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

Sans objet

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

Sans objet

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 5121-30 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5121-29 modifié du code de la santé publique**
Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France. A cet effet, ils approvisionnent de manière appropriée et continue tous les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur afin de leur permettre de remplir les obligations de service public mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5124-17-2. Ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs.	Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France. **A cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat en fonction de la classe thérapeutique et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande.** ~~***A cet effet***~~**, En outre,** ils approvisionnent de manière appropriée et continue tous les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur afin de leur permettre de remplir les obligations de service public mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5124-17-2. Ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs.
Article L. 5121-32 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5121-32 modifié du code de la santé publique**
L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informe l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament. L'entreprise met en place, après accord de l'agence, des	~~*L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informe l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament.*~~ ~~*L'entreprise met en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et met en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.*~~

solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et met en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31. L'entreprise prend, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients.	~~*L'entreprise prend, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients.*~~ **Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock relatif à ce médicament, selon un modèle-type défini par voie réglementaire.** **Ils mettent en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et mettent en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.** Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients.
Article L. 5121-33 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5121-33 modifié du code de la santé publique**
Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet.	~~*Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet.*~~ **I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture.**

	L'entreprise pharmaceutique défaillante verse à la caisse nationale d'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock. II. – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet. »
Article L. 5121-34 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5121-34 modifié du code de la santé publique**
Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, **et notamment :** **1° Les conditions de mise en œuvre des mesures prises par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5121-33 ;**
Article L. 5423-8 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5423-8 modifié du code de la santé publique**
Constitue un manquement soumis à sanction financière : 1° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'elle a engagée pour en suspendre la commercialisation, le retirer du marché ou en retirer un lot déterminé ou de ne pas indiquer la raison de cette action en application de l'article L. 5124-6 ; 2° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit de ne pas respecter l'obligation d'information de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture qui lui incombe ou de ne pas respecter son obligation de mettre en place des solutions alternatives ou des mesures prévues par les plans de gestion des pénuries et des mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients, en application de l'article L. 5121-32 ; 3° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis à l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 de ne pas communiquer la date de commercialisation du médicament ou produit à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; 4° Le fait de diriger une entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique sans avoir un	Constitue un manquement soumis à sanction financière : ~~**1° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'elle a engagée pour en suspendre la commercialisation, le retirer du marché ou en retirer un lot déterminé ou de ne pas indiquer la raison de cette action en application de l'article L. 5124-6 ;**~~ ~~**2° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit de ne pas respecter l'obligation d'information de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture qui lui incombe ou de ne pas respecter son obligation de mettre en place des solutions alternatives ou des mesures prévues par les plans de gestion des pénuries et des mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients, en application de l'article L. 5121-32 ;**~~ ~~3°~~ **1°** Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis à l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 de ne pas communiquer la date de

pharmacien délégué au sens de l'article L. 5124-2 dans chacun des établissements pharmaceutiques ; 5° Le fait pour un grossiste-répartiteur de ne pas respecter les obligations de service public définies en application de l'article L. 5124-17-2 ; 6° Le fait de ne pas adresser à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, les déclarations mentionnées à l'article L. 5121-18, ou d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte ; 7° Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien délégué de ne pas exercer personnellement sa profession ; 8° Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien délégué de ne pas se faire assister et, en cas d'absence temporaire ou s'il fait l'objet d'une interdiction d'exercer, de ne pas se faire remplacer en application des dispositions prévues à l'article L. 5124-4 ; 9° Le fait d'exporter un médicament sans se conformer aux dispositions de l'article L. 5124-11 ; 10° Le fait de méconnaître les règles de la publicité en faveur des entreprises et des établissements pharmaceutiques fixées par décret en Conseil d'Etat en application des dispositions de l'article L. 5124-18.	commercialisation du médicament ou produit à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; ~~4°~~ **2 °** Le fait de diriger une entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique sans avoir un pharmacien délégué au sens de l'article L. 5124-2 dans chacun des établissements pharmaceutiques ; ~~5°~~ **3°** Le fait pour un grossiste-répartiteur de ne pas respecter les obligations de service public définies en application de l'article L. 5124-17-2 ; ~~6°~~ **4°** Le fait de ne pas adresser à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, les déclarations mentionnées à l'article L. 5121-18, ou d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte ; ~~7°~~ **5°** Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien délégué de ne pas exercer personnellement sa profession ; ~~8°~~ **6°** Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien délégué de ne pas se faire assister et, en cas d'absence temporaire ou s'il fait l'objet d'une interdiction d'exercer, de ne pas se faire remplacer en application des dispositions prévues à l'article L. 5124-4 ; ~~9°~~ **7°** Le fait d'exporter un médicament sans se conformer aux dispositions de l'article L. 5124-11 ; ~~10°~~ **8°** Le fait de méconnaître les règles de la publicité en faveur des entreprises et des établissements pharmaceutiques fixées par décret en Conseil d'Etat en application des dispositions de l'article L. 5124-18 ; **9° Le fait pour un établissement pharmaceutique de ne pas adresser chaque année, au moyen d'un portail internet dédié, au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, un état de leur établissement, dont la forme et le contenu sont fixés par décision du Directeur général de l'Agence, en application des articles L. 5121-5.**
	Article L. 5423-9 (nouveau) du code de la santé publique
	Constitue un manquement soumis à sanction financière : **« 1° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation de ne pas informer, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français ou de ne pas indiquer la raison de cette action en application de l'article L. 5124-6 ;** **« 2° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives**

	permettant de couvrir ce besoin en application de l'article L. 5124-6 ; **« 3° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'elle a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé en application de l'article L. 5124-6 ;** **« 4° Le fait pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat ou pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, de ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries qui permet, dans l'intérêt des patients, de prévenir et pallier toute rupture de stock en application de l'article L. 5121-31 ;** **« 5° Le fait pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat ou pour les vaccins mentionnés au b du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries, en application de l'article L. 5121-31 ;** **« 6° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament qui lui incombe en application de l'article L. 5121-32 ;** **« 7° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas mettre en œuvre les mesures prévues par dans le plan de gestion des pénuries en application de l'article L. 5121-32 ;** **« 8° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients en application de l'article L. 5121-32 ;** **« 9° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une**

	situation de rupture de stock en application de l'article L. 5121-32 ; **« 10° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur de ne pas procéder à l'importation de toute alternative au médicament d'intérêt thérapeutique majeur en rupture en application de l'article L. 5121-33 ;** **« 11° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas constituer un stock de sécurité destiné au marché national du médicament concerné en application de l'article L. 5121-33. »**
Article L. 5471-1 actuel du code de la santé publique	**Article L. 5471-1 modifié du code de la santé publique**
I.-L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18, L. 5423-8, L. 5426-2, L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8, sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.	I.-L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18, L. 5423-8, **L. 5423-9,** L. 5426-2, L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8, sauf lorsque le manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.
II.-L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure.	II.-L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure. **Par dérogation au premier alinéa, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.**
III.-Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, au 8° de l'article L. 5461-9 et au 7° et 9° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale. Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5423-8, aux 1° à 7° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 6° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.	III.-Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° **2° à 9°** de l'article L. 5423-8, **à l'article L. 5423-9** ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, au 8° de l'article L. 5461-9 et au 7° et 9° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale. Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, au~~x~~ **1°** ~~à 3°~~ de l'article L. 5423-8, aux 1° à 7° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 6° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 6° et 7° de l'article L. 5461-9 et au 6° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure. IV.-L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.	En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 6° et 7° de l'article L. 5461-9 et au 6° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure. IV.-L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.

Article 35 - Renforcement de l'obligation d'évaluation médicale et psychologique à l'entrée en protection de l'enfance et création d'une consultation complexe pour sa réalisation

I. Présentation de la mesure

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

L'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « *l'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document* ».

La terminologie retenue (« évaluation médicale et psychologique ») fait insuffisamment ressortir qu'il s'agit d'un examen de santé complet et d'un acte médical à part entière, qui doit permettre d'enclencher la structuration d'un parcours de soins somatiques et psychiques coordonné pour chaque enfant ou adolescent protégé. A cet égard, le terme de « bilan de santé » apparaît préférable.

De plus, la réalisation de cet examen médical implique une consultation longue et la prise en compte de plusieurs éléments de complexité que la tarification actuelle des actes professionnels médicaux ne permet pas de rémunérer de façon satisfaisante.

Une intervention du législateur est donc nécessaire pour renforcer les dispositions de l'article L. 223-1 du code de l'action sociale et des familles et en prévoir explicitement le financement par l'assurance maladie.

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

a) Mesure proposée

La nouvelle tarification proposée doit permettre de tenir compte de l'ensemble des facteurs de complexité identifiés, pour améliorer la prise en charge sanitaire des enfants et des adolescents protégés en valorisant l'investissement des médecins généralistes et pédiatres qui y participent. La nouvelle consultation complexe sera facturable une seule fois par les pédiatres et les médecins généralistes pour chaque enfant ou adolescent protégé, sur adressage par les services du conseil départemental[1].

Par comparaison, les examens médicaux obligatoires du jeune enfant à huit jours, neuf mois et deux ans sont des consultations complexes. La logique est la même pour des enfants qui, par définition, présentent des difficultés particulières.

On peut citer également la consultation de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, ou encore la consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste. La consultation de repérage des signes de troubles du spectre de l'autisme est quant à elle considérée comme une consultation très complexe (60 €). Enfin, la consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, fait l'objet d'une majoration de 16 € par rapport à une consultation classique.

Le renforcement de ces dispositions et de leur financement par l'Assurance maladie impliquent une modification de l'article L. 223-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'article prévoit que cette consultation est prise en charge par l'assurance maladie. Cette mention permet de préciser que lorsque cette consultation est réalisée par les PMI, elle est prise en charge par l'assurance maladie et ne constitue pas une charge supplémentaire pour les départements. Par ailleurs, lorsqu'elle est réalisée dans un autre cadre, cette consultation entre dans le champ du panier du soins au titre du 1° du L. 160-8 du code de la sécurité sociale.

[1] En parallèle, comme c'est déjà le cas pour la gestion des droits des enfants et adolescents placés, le conseil départemental devra signaler à la CPAM la mise en place de la mesure d'accompagnement par l'aide sociale à l'enfance pour tous les enfants et adolescents protégés.

Ces dispositions permettront à la ministre des Solidarités et de la santé de demander aux professionnels de santé et à l'UNCAM d'ouvrir des négociations pour la création au plus tard le 1er janvier 2021 d'une nouvelle consultation complexe (46 €) pour la réalisation de ce bilan de santé.

b) Autres options possibles

La principale alternative serait le *statu quo*. Toutefois, cela ne permettrait pas d'atteindre l'objectif de politique public visé, à savoir de favoriser la réalisation systématique d'un examen de santé approfondi à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance.

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

La mesure relève du domaine de la LFSS dans la mesure où elle implique une dépense sur l'ONDAM « Soins de ville » à hauteur de 5 M€ à compter de 2021 et présente juridiquement un caractère permanent (art. LO 111-3 du code de la sécurité sociale, alinéa V.- C.- 1° et 2°).

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

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

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) ?

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

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie l'article L. 223-1-1 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	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	*Mesure applicable*
Mayotte	*Mesure applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le nombre de mesures prises dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance, en cours au 31 décembre 2017, s'établit à 340 000 dont environ la moitié de placements et la moitié de mesures à domicile. On estime la durée des mesures de placement à cinq ans en moyenne. Pour les mesures à domicile, la durée est plus courte, mais le taux de recours sera moindre, car la réalisation effective de l'évaluation médicale et psychologique dépendra de l'adhésion à la mesure des parents de l'enfant ou l'adolescent protégé. Ainsi, l'impact financier est estimé à 5 M€ par an pour environ 110 000 consultations complexes à 46 € à compter de 2021 et pour les années ultérieures

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		0	-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

A court terme, la mesure aura un coût net, puisqu'elle vise à améliorer le parcours de soins des enfants et adolescents protégés. A moyen terme, il est attendu des économies sur les hospitalisations (notamment, urgences pédopsychiatriques) ainsi que sur les prises en charges complexes. A plus long terme, il est attendu des économies en termes de santé publique, mais également sur un plan social.

b) impacts sociaux

Cette mesure permettra d'améliorer l'accès aux soins des enfants accompagnés par les services de l'aide sociale à l'enfance. Il est attendu une amélioration de leur santé globale.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure vise expressément les enfants et adolescents accompagnés par l'ASE, afin de contribuer à rétablir l'égalité des chances.

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

20 % à 25 % des enfants et des jeunes placés en protection de l'enfance ont une reconnaissance MDPH. La mesure contribuera à améliorer leur accès aux soins et plus largement leur qualité de vie. Elle contribuera également à prévenir l'apparition ou l'aggravation de certains handicaps ou sur-handicaps.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

La mesure permettra un meilleur accès aux soins, y compris sur le volet de la contraception et de la santé sexuelle.

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 d'améliorer l'accès aux soins des enfants et des adolescents protégés.

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

Sans objet.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

La création d'une nouvelle consultation complexe relève de la négociation conventionnelle entre la CNAM et les organisations représentatives des professions médicales, laquelle fixera les tarifs de cette consultation. A défaut, elle devra être prévue par arrêté.

Par ailleurs, le changement de terminologie (« bilan de santé » au lieu de « évaluation médicale et psychologique ») devra être répercuté sur la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles.

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

Début 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les enfants, les adolescents et leur famille seront informés par les services départementaux de l'ASE chargés de leur accompagnement.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le nombre de consultations effectivement facturées dans chaque département pourra faire l'objet d'un suivi via les informations issues du système national des données de santé.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L.223-1-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	Article L.223-1-1 actuel du code de l'action sociale et des familles
Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.	Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.
Le projet pour l'enfant est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire le concernant. Dans une approche pluridisciplinaire, ce document détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur ; il mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur.	Le projet pour l'enfant est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire le concernant. Dans une approche pluridisciplinaire, ce document détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur ; il mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur.
Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution.	Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution.
L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document.	~~*L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document.*~~
	Un bilan de santé est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan de santé permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie.
Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier est associé à l'établissement du projet pour l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. Le projet pour l'enfant est remis au mineur et à ses représentants légaux et est communicable à chacune des personnes physiques ou morales qu'il identifie selon les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.	Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier est associé à l'établissement du projet pour l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. Le projet pour l'enfant est remis au mineur et à ses représentants légaux et est communicable à chacune des personnes physiques ou morales qu'il identifie selon les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.
Le projet pour l'enfant est transmis au juge lorsque celui-ci est saisi.	Le projet pour l'enfant est transmis au juge lorsque celui-ci est saisi.
Il est mis à jour, sur la base des rapports mentionnés à l'article L. 223-5, afin de tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux de l'enfant. Après chaque mise à jour, il est transmis aux services chargés de mettre en œuvre toute intervention de protection.	Il est mis à jour, sur la base des rapports mentionnés à l'article L. 223-5, afin de tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux de l'enfant. Après chaque mise à jour, il est transmis aux services chargés de mettre en œuvre toute intervention de protection.
Les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en	Les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en

charge et le contrat d'accueil dans un établissement, s'articulent avec le projet pour l'enfant. Un référentiel approuvé par décret définit le contenu du projet pour l'enfant.	charge et le contrat d'accueil dans un établissement, s'articulent avec le projet pour l'enfant. Un référentiel approuvé par décret définit le contenu du projet pour l'enfant.

Article 36 - Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins

I. Présentation de la mesure

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

De nombreux dispositifs nationaux ont été mis en place pour inciter les médecins à s'installer dans les zones fragiles en matière d'accès aux soins. Les zones qui connaissent les difficultés les plus aigües (dites « zones d'intervention prioritaires ») bénéficient d'aides conventionnelles financées par l'Assurance maladie, notamment le contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM), qui reposent essentiellement sur des avantages pécuniaires. L'Etat a prévu en parallèle le financement par l'assurance maladie, sur un périmètre géographique plus étendu (zones dites « d'action complémentaire »), d'autres aides contractuelles : les contrats de praticien territorial de médecine générale (défini à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique), de praticien territorial de médecine ambulatoire (L. 1435-4-3), de praticien territorial de médecine de remplacement (L. 1435-4-4) ainsi que le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (L. 1435-4-4). Celles-ci reposent sur des mécanismes de garantie financière permettant de sécuriser les médecins pendant la période d'amorçage de leur patientèle ou pendant leurs éventuels congés maladie ou maternité, avec des modalités et des publics différents selon les contrats.

Contrat	Public ciblé	Engagements du signataire ou critères d'éligibilité	Avantages et garanties proposés	Durée
PTMG	Médecin généraliste, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an.	Réalisation d'une activité libérale en zone sous-dense, supérieure à un seuil annuel calculé en nombre d'actes mensuel.	Garantie de revenu différentielle Complément de revenu en cas de congé maternité / paternité ou pour un arrêt maladie d'une durée supérieure à 7 jours	2 ans
PTMA	Médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, quelle que soit la spécialité.	Réalisation d'une activité libérale à tarifs opposables en zone sous-dense, supérieure à un seuil annuel calculé en nombre d'actes annuel.	Complément de revenu en cas de congé maternité / paternité ou pour un arrêt maladie d'une durée supérieure à 7 jours	3 ans renouvelables par tacite reconduction
PTMR	Médecin généraliste ou étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2	Réalisation d'une activité libérale en zone sous-dense, supérieure à un seuil annuel calculé en nombre d'actes annuel.	Garantie de revenu forfaitaire Complément de revenu en cas de congé maternité / paternité ou pour un arrêt maladie d'une durée supérieure à 7 jours	12 mois, renouvelable par tacite reconduction, dans la limite maximale de 72 mois pour les étudiants en médecine (soit 5 renouvellements maximum) et de 36 mois pour les médecins non installés (soit 2 renouvellements maximum).
PIAS	Médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la	Respect des tarifs opposables, variations saisonnières de l'activité, installation à l'année dans une zone	Aide forfaitaire à l'investissement, aide à l'activité proportionnelle aux revenus annuels du	3 ans minimum, renouvelable par tacite reconduction

	sécurité sociale et spécialisé en médecine générale,	isolée, montant annuel d'honoraires inférieur à un certain plafond.	médecin (avec un plafond).	

Ces aides contractuelles rencontrent aujourd'hui un succès mitigé. Le nombre de nouveaux contrats PTMG signés, après une période de montée en charge entre 2013 et 2015, est désormais stable autour de 200 par an. Les trois autres contrats peinent à trouver leur public, puisque le PTMA totalise aujourd'hui 71 signataires, le PTMR une vingtaine et le PIAS moins d'une dizaine.

Les données manquent pour apprécier de façon fine le taux de recours à chacun des dispositifs incitatifs mis en place par l'Etat. On dispose toutefois de quelques ordres de grandeur. Le nombre de contrats PTMG signés en 2018 (environ 200) peut ainsi être rapproché du nombre de médecins ayant démarré une activité en libéral la même année dans une zone sous-dense. Une exploitation du fichier RPPS permet de l'estimer à au moins 2489 généralistes, probablement d'avantage (il s'agit d'un minimum puisqu'il manquait le lieu d'exercice dans le cas de 2580 activités de médecins généralistes ayant démarré en 2018). On peut donc estimer qu'au mieux 8 % des médecins éligibles au PTMG en 2018 ont effectivement signé un contrat.

Trois de ces dispositifs – le PTMG, le PTMR et le PIAS – sont ciblés sur les médecins généralistes, qui représentent également une très forte majorité (69 sur 71) des signataires du contrat PTMA – le seul ouvert aux autres spécialistes- depuis sa création. Au total, les contrats incitatifs pris dans leur ensemble comptent donc seulement deux médecins spécialistes hors médecine générale parmi les signataires depuis leur création. Ce chiffre est à rapporter aux 2400 à 2800 spécialistes libéraux ayant démarré une activité dans une zone sous-dense en 2018, dont on peut estimer que 55% exercent en secteur 1 et sont donc potentiellement éligibles au contrat PTMA (soit 1300 à 1400 médecins). Une telle situation ne peut qu'interroger à l'heure où les difficultés d'accès aux soins s'accroissent aujourd'hui dans un grand nombre de spécialités. Une récente étude de la DREES sur les délais d'attente des patients fait état d'un délai médian de plus de 100 jours en ophtalmologie, et supérieur à un mois en dermatologie, cardiologie, gynécologie ou encore rhumatologie.

Ce succès limité des aides contractuelles peut s'expliquer par le calibrage de chacun des contrats, par exemple le caractère trop complexe ou trop restrictif de certaines des garanties proposées, ou la prise en compte insuffisante des situations d'exercice mixte ou à temps partiel. Il s'explique également par la diversité des contrats proposés aux jeunes médecins, qui ont été créés sans véritable cohérence d'ensemble, et le manque de lisibilité de la « palette » de dispositifs. Par ailleurs, l'avenant n° 3 à la convention médicale a permis à l'ensemble des médecins conventionnés de bénéficier d'un complément de rémunération en cas de congé maternité ou paternité, ce qui a pu éroder l'attractivité des contrats PTMG et PTMA.

Ainsi, l'ensemble des dispositifs existants n'incitent pas suffisamment les jeunes médecins à s'installer rapidement après la fin de leurs études.

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

a) Mesures proposées

Pour inciter à une installation rapide, et lever les freins financiers qu'elle pourrait représentait l'article prévoit quatre mesures :

- ***Fusionner les quatre contrats d'aide à l'installation « Etat » en un contrat unique dénommé « contrat début d'exercice »***

L'article prévoit de fusionner les quatre dispositifs dans un contrat unique, dont certains paramètres (notamment le seuil, le plafond et le mode de calcul de la garantie de revenus) seraient adaptés, par voie réglementaire, pour prendre notamment en compte les spécificités des médecins remplaçants, d'une part, des médecins spécialistes, d'autre part, et des médecins exerçant dans des territoires à fort afflux saisonnier, enfin.

Ce contrat, dénommé « Contrat début d'exercice » (CNE) serait ouvert aux jeunes médecins non encore installés, ou aux médecins installés depuis moins d'un an dans une zone sous-dense, ainsi qu'aux étudiants ou médecins exerçant en tant que remplaçants. Ainsi, le nouveau dispositif :

- n'est plus ouvert aux médecins installés depuis plus d'un an sur un territoire sous – doté : il est en revanche envisagé d'étendre par voie réglementaire la durée du contrat proposé à trois ans, avec une diminution progressive des compléments de rémunération proposés. Cela permettra au contrat début d'exercice de remplir une fonction de stabilisation et de maintien sur le territoire de ses signataires ;
- est ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, dès lors que le signataire exerce en libéral et pratique les tarifs opposables ou adhère au contrat OPTAM. Aujourd'hui, les médecins exerçant une spécialité autre que la médecine générale n'étaient éligibles qu'au contrat PTMA – qui ne comportait pas de garantie de revenus ; les remplaçants de ces spécialités n'étaient éligibles à aucune aide contractuelle.

Par ailleurs, les dispositions législatives relatives au PTMG, au PIAS et au PTMA prévoyaient que ces contrats puissent « prévoir des engagements individualisés », qui peuvent porter sur « les modalités d'exercice, le respect des tarifs

opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins ».

Toutefois, une partie des « engagements » visés par le législateur (dépistage, prévention, prescription…) relèvent des bonnes pratiques valorisées dans le cadre conventionnel de droit commun au travers, notamment, de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). En pratique les Agences régionales de santé détaillent rarement au sein des contrats proposés aux jeunes médecins d'engagements précis de ce type, à la fois pour éviter de limiter l'attractivité du dispositif et en raison de la complexité qui s'attacherait à leur définition et à leur suivi dans le temps.

Il est donc proposé de ne pas reproduire cette référence dans les dispositions relatives au futur contrat unique, au profit de deux conditions plus simples et plus aisément vérifiables :

I. L'obligation pour les médecins conventionnés d'exercer en tarifs opposables (secteur 1) ou d'adhérer au contrat de maîtrise des dépassements d'honoraires OPTAM ;

II. L'obligation pour le signataire de s'inscrire dans les deux ans dans un dispositif d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'une équipe de soins primaires, d'une équipe de soins spécialisés, d'une maison de santé, d'un centre de santé ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé. Ce pré-requis traduit la volonté du gouvernement de faire de l'exercice coordonné le cadre de droit commun pour l'exercice ambulatoire des professionnels de santé d'ici la fin du quinquennat et rejoint les aspirations des jeunes professionnels. Elle est également un facteur d'efficacité et d'efficience à double titre : l'exercice coordonné est de nature à favoriser le maintien des médecins sur un territoire et il constitue un gage d'amélioration des pratiques, de continuité et de coordination des soins, comme l'ont notamment montré les travaux de l'IRDES.

Ces évolutions législatives s'accompagneront d'une révision par voie réglementaire (décret en Conseil d'Etat) de la nature et du calibrage des différents compléments de rémunération, ainsi que des conditions de leur mobilisation par les signataires.

Le futur contrat unique pourrait ainsi s'appuyer sur une garantie de revenu différentielle[1] versée pendant un an pour tous les signataires. Des adaptations dans le mode de calcul pourraient être prévues pour prendre en compte les spécificités de certains profils de signataires[2]. Certains paramètres seraient assouplis afin d'accroître l'attractivité du nouveau contrat par rapport à ses prédécesseurs – par exemple, en permettant une meilleure prise en compte de l'exercice mixte ou à temps partiel.

En matière de protection sociale, le nouveau contrat serait centré sur l'avantage maladie, sauf pour les médecins remplaçants, qui ne sont pas éligibles aujourd'hui au dispositif conventionnel en matière de maternité / paternité, et qui pourraient donc continuer à se voir proposer un complément de revenu spécifique.

Enfin, comme le propose le rapport du Dr Augros, il est envisagé de doter le nouveau contrat unique d'un dispositif de formation et d'accompagnement renforcé à la création et à la gestion d'un cabinet médical. Les Agences régionales de santé pourraient confier cette responsabilité à des partenaires ou prestataires régionaux, qui bénéficieraient d'un financement dédié.

- ***Aide au financement de la totalité des cotisations sociales pour un médecin s'installant en zone sous dense dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme :***

L'article prévoit de créer une nouvelle aide sous la forme d'une prise en charge, par l'assurance maladie, de la totalité des cotisations sociales (famille, maladie, vieillesse, invalidé-décès) par un médecin libéral sans dépassement d'honoraire (secteur 1) s'installant en zone d'intervention prioritaire (ZIP). Cette prise en charge s'appliquerait sur l'ensemble des revenus conventionnés dans la limite de 80 000 €. Les médecins s'installant en secteur 2 seraient également éligibles à l'aide dès lors qu'ils sont engagés dans une démarche de maîtrise tarifaire avec l'Assurance maladie, en adhérant notamment au contrat « Option de pratique tarifaire maîtrisée » (OPTAM). Pour ces derniers, la prise en charge de droit commun des cotisations étant plus faible, l'aide serait plafonnée au niveau de l'aide versée à un médecin en secteur 1 (à niveau de rémunération équivalente) afin de ne pas favoriser ceux pratiquant des dépassements d'honoraires ; la prise en charge ne sera donc pas totale pour cette population.

Cette aide représentera ainsi environ 42 000 € sur 2 années, soit 15 000 € supplémentaires par rapport aux prises en charge de cotisations actuelles. L'ensemble des aides versées par l'assurance maladie pour l'installation rapide d'un jeune médecin en zone sous-dense sera ainsi de 92 000 € (soit 42 000 € de prise en charge de cotisations sociales et 50 000 € de CAIM).

L'aide sera versée, durant deux ans, aux médecins s'installant dans les trois années suivant l'obtention de leur diplôme. Cette aide sera attribuée automatiquement, sans démarche nécessaire pour le médecin : elle sera déduite des cotisations

[1] C'est-à-dire calculée comme la différence entre les honoraires du jeune médecin et un plafond de revenu déterminé par voie réglementaire, sur le modèle de la garantie du PTMG.

[2] On peut notamment envisager un plafond différent pour les spécialistes afin de prendre en compte la part souvent élevée des actes techniques dans leur revenu ; un mode de calcul annualisé pour les remplaçants et les médecins à forte activité saisonnière

dues au moment où il déclarera ses revenus d'activité. Il ne versera donc aucune cotisation durant deux ans, seules la CSG et la CRDS resteront dues.

Cette aide fera l'objet d'une évaluation, d'ici juin 2022, sur son efficacité, avant sa pérennisation éventuelle au 1er janvier 2023.

- ***Lisser la cotisation forfaitaire due actuellement pour le régime de prestation vieillesse complémentaire de façon à diminuer le fort effet de seuil qu'elle engendre***

Le régime de prestations complémentaire vieillesse (PCV) auquel sont obligatoirement affiliés les médecins est financé, notamment, par une cotisation forfaitaire de 5 073 € prise en charge aux 2/3 par l'assurance maladie pour les médecins conventionnés en secteur 1 (soit un paiement à leur charge de 1 691 €). Cette cotisation induit un effet de seuil important particulièrement lourd pour les médecins à faibles revenus.

Afin d'atténuer cet effet de seuil, l'article prévoit de permettre aux médecins de choisir entre la cotisation forfaitaire ou une cotisation proportionnelle à leur assiette de revenu. Le taux de cette cotisation proportionnelle et les conditions de son bénéfice seraient déterminés par décret. Par exemple, la cotisation pourrait être prélevée au taux de 9 %, et plafonnée à 5 073 € (sur le modèle de ce qui se pratique pour les médecins en cumul emploi retraite). Pour un médecin en secteur 1, cela se traduirait par une cotisation de 3 %, plafonnée à 1 691 €, après prise en charge des 2/3 par l'AMO.

Ce dispositif sera optionnel : par défaut les médecins continueraient à être redevables de la cotisation forfaitaire ; sur option ils pourraient demander à bénéficier du paiement d'une cotisation proportionnelle à leurs revenus. Les médecins ayant choisi le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales à destination des médecins remplaçants, créé par la LFSS pour 2019, bénéficieraient au contraire par défaut de la cotisation PCV proportionnelle.

- ***Permettre le versement d'une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil pour les assurés relevant du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales à destination des médecins remplaçants créé par la LFSS pour 2019***

Le dispositif simplifié optionnel pour les médecins et étudiants exerçant une activité de remplacement libéral à titre accessoire, créé par l'article 47 de la LFSS 2019 entrera en vigueur au 1er janvier 2020. Ce dispositif est réservé aux médecins remplaçants, en particulier ceux n'ayant pas encore obtenus leurs diplômes mais bénéficiant d'une licence de remplacement, exerçant à titre accessoire et dont les rémunérations n'excèdent pas un plafond dont le niveau est fixé par décret.

Afin le lisser les effets des seuils et éviter toute sortie brutal du dispositif en cours d'année l'article permet aux médecins qui dépassent le seuil de rester dans le dispositif simplifié en payant des cotisations complémentaires, sur la part de rémunération dépassant le plafond, à un taux égal à celui qu'ils auraient acquitté dans le cadre du régime de droit commun. Cette solution permet une plus grande souplesse pour les médecins relevant de ce dispositif sans introduire une inégalité de traitement avec les médecins libéraux.

Cette solution présente l'avantage de la simplicité pour le médecin puisqu'il s'agira de lui proposer de s'acquitter des cotisations correspondant à la différence entre le montant payé dans le cadre du dispositif simplifié et le montant dû au régime réel auprès de la CARMF (le taux des autres cotisations étant inchangé). Pour ces assurés, la cotisation PCV sera proportionnelle par défaut.

b) Autres options possibles

La suppression pure et simple des contrats d'aide aurait pu être envisagée, dans la mesure où les aides financières ne constituent pas le déterminant unique de l'installation des jeunes médecins sur un territoire. Toutefois cela aurait laissé les Zones d'action Complémentaires (ZAC), c'est-à-dire 36 % du territoire présentant des fragilités en matière d'accès aux soins, sans aucun levier d'attractivité médicale, puisque ces zones ne sont éligibles ni aux aides conventionnelles ni aux incitations fiscales.

Des mesures non financières auraient pu être proposées. Toutefois, si elles ne sont pas un déterminant unique, les mesures financières constituent malgré tout un levier important pour orienter les installations, indissociable de toutes les politiques conduites par ailleurs pour faire découvrir ces territoires par les stages ambulatoires et organiser en lien avec les collectivités locales et dans le cadre des CPTS des politiques d'accueil sur ces territoires. Ainsi, selon une récente enquête du CNOM[1], seuls 10 % des internes estiment que les aides proposées ne détermineront « pas du tout » leur installation. Ils sont 48 % à considérer qu'elles la détermineront « un peu » ou « partiellement » et 41 % à considérer qu'elles la détermineront « plutôt » ou « tout à fait ».

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

La place de l'article en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS), pour l'ensemble des mesures, par l'impact sur des assiettes, des taux et des

[1] CNOM/commission jeunes médecins/Etude sur l'installation des jeunes médecins

modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS), pour les mesures prévues au 2° et 3° du I, et par son impact sur les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (D du V de l'article LO. 111-3 CSS), pour l'ensemble des mesures.

En particulier, la création du « contrat début d'exercice » devrait entraîner un regain d'attractivité des différents dispositifs contractuels via :

- un gain de lisibilité qui devrait permettre d'améliorer le recours à ces contrats ;
- une ouverture plus large du contrat aux médecins spécialistes : aujourd'hui simplement 2 signataires sur l'ensemble de ces contrats (2 pédiatres ayant signé le PTMA). Une harmonisation deses dispositions (ouverture aux remplaçants, avantages harmonisés avec ceux proposés aux médecins généralistes), ainsi que la plus grande souplesse conférée en matière de zonage, devraient permettre d'accroître l'attractivité pour les spécialistes.

Ce regain d'attractivité génèrera une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie à compter de 2020.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

L'article crée un article L. 162-5-19 et un article L. 645-2-1 au code de la sécurité sociale et modifie l'article L. 642-4-2 et l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

PARTIE 15 : Abrogation des articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 du code de la santé publique.

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

- Contrat début d'exercice

L'impact financier de la mesure est estimé à partir des hypothèses suivantes :

- Effet volume : Le flux est actuellement d'environ 200 nouveaux contrats « Etat » signés par an, tous dispositifs confondus. On estime que la mesure doit permettre d'augmenter ce stock à 300 contrats la 1ère année (2020) puis 350 par an à partir de 2021.
- Effet valeur : on considère que le coût unitaire moyen de ces nouveaux contrats sera équivalent au coût unitaire actuel du PTMG (4 300 euros en 2018) augmenté de 15% (soit environ 5 000 euros par an), pour prendre en compte la mise en place d'une garantie de revenus (probablement majorée) pour les spécialités autres que la médecine générale, les ajustements de paramètres qui seront proposés par voie réglementaire, et la création d'une prestation d'accompagnement.

Sur la base de ces hypothèses, le coût total du contrat unique peut être estimé à 1,5 M€ en 2020 (un montant qui vient s'ajouter aux sommes dues au titre des contrats signés antérieurement à la réforme), puis à 1,75 M€ supplémentaires à compter de 2021.

	Hypothèse de taux de recours en 2021[1]	**Population éligible** Flux de nouveaux installés en libéral en zone sous-dense par an estimé d'après le RPPS	**Effectif prévisionnel**
Médecine générale	10%	2 500	250
Autres spécialités	7%	1 400	100
Total	9%	3 900	350

- ***Aide au financement de la totalité des cotisations sociales pour un médecin s'installant en zone sous dense dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme :***

Sur la base des données DREES, la population de médecins éligibles s'installant chaque année en zone d'intervention prioritaire, est de 1 000 personnes (650 médecins généralistes et 350 médecins autres spécialités ayant souscrits un contrat OPTAM). Environ un tiers s'installent dans les 3 années suivant l'obtention de leurs diplômes, soit environ 300 médecins. Sous l'hypothèse d'un taux d'installation dans les trois ans, après mesure, de 50 % (soit 500 bénéficiaires), le coût de la mesure est estimé à 4 M€ en 2020 et 8 M€ par an à compter de 2021.

[1] Cette hypothèse correspond à une hausse du taux de recours au dispositif par les généralistes (de 7% environ aujourd'hui pour le PTMG à 10% demain). Elle postule un taux de recours plus faible pour les autres spécialités : dans la mesure où celles-ci sont aujourd'hui quasiment absentes du dispositif, la montée en charge sera donc probablement progressive.

- ***Lisser la cotisation forfaitaire due actuellement pour le régime de prestation vieillesse complémentaire de façon à diminuer le fort effet de seuil qu'elle engendre***

Le taux et les modalités pratiques d'exercice de l'option pour la cotisation proportionnelle au revenu seraient déterminées par décret. P ar exemple, le taux pourrait être fixé à 9 % et le montant de la cotisation résultant de l'application de ce taux au revenu pourrait être plafonné au niveau du montant forfaitaire de la cotisation PCV, soit 5 073 € en 2019. Pour un médecin en secteur 1, cela se traduirait par une cotisation de 3 %, plafonnée à 1 691 €, après prise en charge des 2/3 par l'AMO.

Une telle disposition aurait un coût de 26 M€ pour la CARMF à court terme (à long terme ces cotisations en moins se traduisant par des prestations en moins et le coût de la mesure serait neutralisé) et de 13 M€ pour les finances publiques, en supposant un taux de recours au dispositif de 50 %.

La mesure permettant le versement d'une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil pour les assurés relevant du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales à destination des médecins remplaçants est sans coût. En effet, sans cette disposition, les assurés seraient alors affiliés au dispositif de droit commun (PAMC) avec des cotisations équivalentes.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		- 5,5	- 24	- 24	- 24

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

Impact essentiellement microéconomique sur le revenu des médecins en zone sous dense.

b) Impacts sociaux

Cette disposition devrait permettre de renforcer l'accès aux soins sur les territoires classés zones d'intervention prioritaires ou zones d'action complémentaires, en favorisant l'installation de médecins. En particulier, par rapport aux dispositifs antérieurs, il est attendu une plus grande ouverture aux médecins de spécialités autres que la médecine générale, et donc une diminution des inégalités territoriales dans ce domaine.

- ***Impact sur les jeunes***

Les mesures de cet article visent à faciliter l'installation des jeunes médecins.

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

Pas d'impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

Pas d'impact particulier sur l'environnement.

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

Une étude de l'Observatoire des non recours aux droits et services de juin 2016[1] montre que les femmes représentent 64% des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins dans les 12 derniers mois ; une partie de ce phénomène de non-recours s'expliquant non pas par des raisons financières mais par des délais d'attente important dans un emploi du temps contraint. On peut donc supposer que l'amélioration de l'accès aux soins de proximité bénéficiera en premier lieu aux femmes, notamment en situation de précarité et/ou de monoparentalité.

[1] ODENORE/PACTE/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'assurance maladie, 2016, p.11.

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

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

Pour les médecins bénéficiaires de la mesure, l'aide sera directement imputée sur les cotisations dues, sans démarche. Par ailleurs, le dispositif de lissage (sur option) de la cotisation PCV et le dispositif de sortie du régime RSPM, permettra aux médecins à faibles revenus, ou aux médecins remplaçants occasionnels une gestion plus simple de leur trésorerie. Les démarches pour les assurés ne seront pas alourdies, dans la mesure ou des choix par défaut seront prévus.

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

Le dispositif optionnel de lissage de la cotisation PCV et le dispositif d'atténuation du seuil de sortie du système de déclaration simplifié, conduiront à intégrer des règles supplémentaires dans le système d'information de la CARMF.

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

Les mesures seront gérées dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour :

- Préciser le zonage applicable : le zonage de référence sera le zonage des médecins généralistes, sauf si un zonage applicable à la spécialité médicale concernée a été élaboré (conformément à l'article L 1434-4 du code de la santé publique), et sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS pour les spécialités ne disposant pas de zonage spécifique.
- Déterminer la nature et le mode de calcul du complément de rémunération : montant, seuil, plafond, périodes de référence, avec des conditions particulières s'agissant des spécialités autres que la médecine générale, des médecins remplaçants, des territoires présentant un fort afflux saisonnier et des territoires d'outre-mer.

Un décret sera également nécessaire pour déterminer le taux et le montant maximum de la cotisation optionnelle pour laquelle les médecins pourront opter, à la place de la cotisation forfaitaire du régime de prestations complémentaires de vieillesse. Ce même décret déterminera les modalités d'exercice de l'option pour la cotisation proportionnelle.

Ce décret pourra être concerté avec les organisations représentatives des médecins libéraux et des jeunes médecins dès l'adoption de la LFSS. Il sera publié au cours du premier trimestre 2020.

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

Les contrats PTMG, PIAS, PTMA et PTMR signés avant la publication du décret d'application resteront en vigueur jusqu'à leur terme.

L'article entrera en vigueur le 1er janvier 2020 à l'exception du contrat début d'exercice dont les mesures sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa version issue de la présente loi, et au plus tard le 1er avril 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Outre la publication sur les portails d'accompagnement des professionnels de santé, sur celui de l'assurance maladie, cette nouvelle aide devra donner lieu à une campagne de promotion ciblée sur les jeunes médecins (internes, jeunes diplômés, remplaçants) de toutes spécialités. En particulier, l'assurance maladie informera les jeunes médecins lors du premier entretien préalable à l'exercice en libéral.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le taux de recours au nouveau contrat unique de débuts d'exercice sera suivi, selon des modalités encore à définir.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 1435-4-2 actuel du code de la santé publique	Article L. 1435-4-2 du code de la santé publique modifié
I.- Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4. La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. II.- Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. III.- Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.	~~*I.- Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4.*~~ ~~*La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.*~~ ~~*II.- Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.*~~ ~~*III.- Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.*~~ **Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.** **Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maitrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L.**

	6323-3 du présent code au plus tard dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat. **Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions minimales et maximales de durée du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat.**
Article L. 1435-4-3 actuel du code de la santé publique	**Article L. 1435-4-3 du code de la santé publique [Abrogé]**
I.-Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maladie, de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code. Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois : 1° A respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ; 2° A exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 ; 3° A se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ; 4° A ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code. La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. II.- Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions	**[Abrogé]**

destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins. III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.	
Article L. 1435-4-4 actuel du code de la santé publique	**Article L. 1435-4-4 modifié du code de la santé publique [Abrogé]**
I.-Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat en application duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois. Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes : 1° Exercer dans un territoire isolé ; 2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ; 3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les mêmes articles L. 162-5 et L. 162-14-1 inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ; 4° Respecter les tarifs opposables ; 5° Ne pas bénéficier du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code. II.-Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux. III.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, les modalités de cumul avec les mesures prévues au 20° de	**[Abrogé]**

l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I du présent article.	
Article L. 1435-4-5 actuel du code de la santé publique	**Article L. 1435-4-5 modifié du code de la santé publique [Abrogé]**
Les agences régionales de santé mettent en place une organisation destinée à faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4. Elles peuvent, dans le cadre de cette organisation, conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial médical de remplacement. Le praticien territorial médical de remplacement s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans les zones concernées. Pour toute la durée de son contrat, il bénéficie d'un service d'appui concernant la gestion de ses remplacements et d'une garantie minimale de rémunération pouvant couvrir des périodes d'interruption d'activité, sous forme de rémunérations complémentaires ou forfaitaires. Ces rémunérations sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles les professionnels concernés peuvent s'installer en activité libérale dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4 concomitamment ou à l'issue des remplacements qu'ils y effectuent.	**[Abrogé]**
	L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale (nouvel article)
	I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des territoires définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes d'assurance maladie, maternité, vieillesse de base, de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre

	des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité. **II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu tiré des honoraires conventionnels maximal de 80 000 euros.** **Pour 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 mais ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.** **III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminuée du montant de l'aide ainsi versée.**
Article L. 642-4-2 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale modifié**
I.- Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 ter du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernés. II.- L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III du présent article, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités. III.- La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent	I.- Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 ter du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernés. **En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent article dans des conditions prévues par décret.** II.- L'option pour l'application des dispositions mentionnées au I est exercée auprès de la caisse mentionnée aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans la

sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.	circonscription de laquelle sont exercées les activités de remplacement. Cette caisse assure, en lien avec les médecins ou les étudiants concernés et les organismes mentionnés au III du présent article, la réalisation des déclarations nécessaires à ces activités. III.- La déclaration des rémunérations et le paiement des cotisations et des contributions sociales qui en découlent sont effectués par les médecins et les étudiants remplaçants mentionnés au I au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
	Article L. 645-2-1 (nouvel article)
	Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement. **Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 646-1 et L. 162-14.**

Article 37 - Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités

I. Présentation de la mesure

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

Les transformations de l'offre de soins, qui se sont traduites dans certains cas par la fermeture de petites maternités, ont pu susciter une inquiétude et apparaître comme renforçant les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins. Il importe aujourd'hui de répondre aux inquiétudes exprimées par la garantie d'un accès pour toutes les femmes à une maternité de haut degré d'exigence en matière de qualité et de sécurité des soins.

Cette mesure vise à garantir la sécurité et la qualité des prises en charge (tant pour les femmes que les nouveau-nés) tout en prenant en compte les besoins de soins, les attentes des futures mères et les enjeux territoriaux. En particulier, elle propose, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, un bouquet de services d'accompagnement adapté à leurs besoins et à leurs grossesses (prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité).

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à consolider l'offre d'accompagnement et de prise en charge des femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité. Seront pris en charge sous conditions pour ces femmes des prestations d'hébergement non médicalisé à proximité d'une maternité en amont du terme prévu de la grossesse ainsi que le transport entre le domicile et la maternité.

Cette mesure s'inscrit, par ailleurs, dans un cadre plus large de nouveaux services d'orientation, d'accompagnement et de prise en charge de la naissance, en particulier pour les femmes éloignées d'une maternité. Cet « engagement maternité » comprend également :

- ***un renforcement de l'accompagnement et du suivi en proximité en amont et en aval de l'accouchement ;***

- ***une organisation spécifique pour les situations d'urgence et les accouchements inopinés.***

b) Autres options possibles

Une alternative consisterait à développer des prises en charge des accouchements dans des lieux plus proches du domicile mais en dehors du cadre d'une maternité. Ceci reviendrait à remettre en cause certaines normes techniques structurantes en matière de fonctionnement et d'organisation, de locaux et d'équipements.

Par ailleurs, le *statu quo* ou même l'absence de prise en charge financière des prestations ne répondrait pas aux inquiétudes exprimées ces derniers mois et pourrait même renforcer le sentiment de creusement des inégalités territoriales.

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

La disposition prévue à sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale sur le fondement du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale dans la mesure où elle a un effet sur les dépenses de l'année et des années ultérieures des régimes obligatoires de base (en particulier, dans le cas d'une prise en charge directe par les régimes obligatoires d'assurance maladie).

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

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

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

III. Aspects juridiques

a) Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

- ***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.

b) Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

- ***Possibilité de codification***

Modification de l'article L.160-9 du code de la sécurité sociale

Création d'un article L. 6111-1-5 dans le code de la santé publique

- ***Abrogation de dispositions obsolètes***

Aucune

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

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

IV. Evaluation des impacts

a) Impact financier global

De premières estimations ont été réalisées sur le périmètre des prestations dites hôtelières (hébergement et transport).

D'après les statistiques 2017 de la DREES, environ 60 000 femmes ont déclaré avoir mis plus de 45 minutes pour se rendre à la maternité.

En prévoyant en moyenne 5 jours d'hébergement (75% des femmes accouchent après le 275e jour) ainsi que des frais de transport correspondant à deux allers-retours en moyenne pour les grossesses normales et quatre allers-retours pour les grossesses à risques, l'impact financier pourrait s'établir dans une fourchette située entre 20 et 40M€ par an en fonction des hypothèses de recours (niveau de maternité adapté à l'état de santé de la femme enceinte).

Il ne s'agit néanmoins que de premières estimations, l'impact financier réel de la mesure étant étroitement lié aux paramètres qui seront in fine retenus pour sa mise en œuvre.

Une entrée en vigueur en cours d'année 2020 a été intégrée à la trajectoire financière pluriannuelle globale.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Hypothèse haute/basse			- 7 / - 17	- 20 / - 40	

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

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

c) impacts économiques

Pas d'impact économique majeur.

d) impacts sociaux

La mesure vise à faciliter l'accès à une maternité de haut niveau d'exigence en matière de qualité et de sécurité des soins dans un contexte où les fermetures de maternités ont pu apparaître comme un symptôme de renforcement des inégalités territoriales.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans impact.

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

La mesure bénéficiera également aux femmes enceintes en situation de handicap qui pourront bénéficier des services adaptés.

e) impacts sur l'environnement

Aucun impact

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

La mesure permettra un meilleur accès aux soins pour les femmes enceintes.

g) Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

- ***impacts sur les assurés, notamment en termes de démarches, de formalités ou charges administratives***

La mise en place de cette mesure sera simplifiée pour les assurés puisque la prise en charge hôtelière sera gérée directement par les établissements de santé et les transports seront pris en charge sans avance de frais.

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

Cette mesure nécessite la mise en place d'une campagne d'information des assurées.

- ***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

- ***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 définissant les conditions de prise en charge et les critères d'éligibilité des femmes enceintes

Modification de l'arrêté fixant la liste des missions d'intérêt général (MIG)

- ***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 de mise en œuvre (passation des conventions entre établissements de santé et hôtels), la mesure devrait s'appliquer à partir du deuxième semestre 2020

- ***Modalités d'information des assurés ou cotisants***

Sans objet

- ***Suivi de la mise en œuvre***

La mise en œuvre fait notamment l'objet d'un suivi et d'une information du Parlement dans le cadre du rapport sur le financement des établissements de santé transmis chaque année au Parlement.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Article L. 6111-1-5 nouveau du code de la santé publique
	Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé de femmes enceintes lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil. **Un décret en Conseil d'Etat précise :** **1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;** **2° Les modalités de son attribution ;** **3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention.**
Article L.160-9 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L.160-9 modifié du code de la sécurité sociale**
La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période. La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au premier alinéa du présent article ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.	La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période. La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également : 1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au premier alinéa du présent article ; 2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale **;**

L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article.	**3° Les frais des transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat**. L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article.
Article 20-1 actuel de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	**Article 20-1 modifié de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte**
I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité et décès comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ; 7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ; 7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;	I. - L'assurance maladie, maternité, invalidité et décès comporte également : 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux b, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ; 2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ; 3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ; 4° Abrogé ; 5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ; 6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ; 7° L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ; 7° bis L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ; 7° ter Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;

7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire ou d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;	7° quater L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire ou d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;
7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;	7° quinquies L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;
8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;	8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;
9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;	9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;
10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;	10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;
11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;	11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;
12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;	12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;
13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire.	13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire ~~.~~ **;**
	14° La couverture des frais des transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues à l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale.
II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.	II. - Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte.

Article 38 – Intégration des établissements conventionnés accueillant des adultes handicapés à l'étranger à l'objectif géré par la CNSA

I. Présentation de la mesure

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

Depuis 2016, dans le cadre de la démarche «une réponse accompagnée pour tous», la mise en œuvre par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) du nouveau dispositif d'orientation des personnes handicapées prévu par l'article 89 de la loi de modernisation du système de santé permet d'organiser la recherche et la mobilisation de solutions de proximité adaptées et de proposer à la personne un plan d'accompagnement global. A défaut, le dispositif permet d'objectiver l'absence de solution de prise en charge adéquate de proximité disponible sur le territoire national et de faire de l'orientation en établissement médico-social wallon une exception. La mise en œuvre de la politique de prévention des départs non souhaités vers la Wallonie engagée depuis 2014 s'est traduite par une bonne mobilisation conjointe des acteurs territoriaux permettant de limiter les départs des enfants vers la Wallonie et de proposer des solutions alternatives en France. On constate cependant une évolution constante du nombre des adultes qui partent en Wallonie au cours des trois dernières années.

La relation avec la Wallonie est régie par l'accord cadre du 21 décembre 2011 entré en vigueur en 2014. Cet accord a permis de mettre en place un dispositif conventionnel avec 25 établissements, représentant 1500 places pour enfants. La tarification de ces places est assurée par l'ARS Hauts-de-France et financée sur l'objectif de dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a été élargi par la LFSS pour 2010 aux dépenses des structures de type médico-social établies en UE accueillant des enfants, adolescents et jeunes adultes français en situation de handicap, transférées depuis le CNSE du 6ème sous-objectif de l'ONDAM

Cette mesure avait pour objet d'assurer une plus grande cohérence de la prise en charge des accueils de jeunes handicapés, en les enregistrant dans le sous-objectif de l'ONDAM, et d'assurer un meilleur suivi des dépenses correspondantes, quel que soit le lieu d'implantation de l'établissement. Parallèlement, la gestion à l'échelon national des dépenses afférentes à l'accueil hors de France était instaurée (CASF L.314-3, II).

Ce dispositif global (régulation par le conventionnement, financement sur ONDAM médico-social et gestion des situations complexes) a permis de stabiliser le nombre de jeunes handicapés accueillis en Wallonie.

Pour le secteur adulte, la situation est beaucoup plus complexe et non régulée.

Au total, 88 départements ont des ressortissants adultes accueillis en Wallonie. En 2018, le principal département d'origine, qui s'explique de par sa proximité géographique mais aussi par le rattachement de mesures de protection de personnes de toutes origines à des organismes de ce département, est le Nord avec 1 300 personnes (25%). Suivent des départements d'Ile-de-France (518 personnes originaires de Seine-Saint-Denis, 456 originaires de Paris, 424 personnes d'Essonne, 382 du Val-d'Oise) ce qui place cette région en première position des régions d'origine des personnes accueillies en Wallonie depuis 2015. Les trois quarts des adultes accueillis en Wallonie fin 2018 sont originaires soit d'Ile-de-France (42%) soit de la région Hauts-de-France (32%).

Au 31 décembre 2018, 3 355 prises en charge étaient financées en Wallonie par le CNSE (source ARS Hauts-de-France). La répartition était la suivante :

- 2 174 personnes avec une orientation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour maison d'accueil spécialisée (MAS) ;

- 1 167 personnes avec une orientation MDPH pour foyer d'accueil médicalisé (FAM) ;

- 14 personnes avec une autre orientation MDPH.

Le suivi a posteriori des dépenses montre une croissance du nombre des personnes accueillies en Wallonie et du nombre des structures créées spécialement pour elles, accompagnée d'une augmentation de la dépense correspondante (les prises en charge en Wallonie financées par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) représentent une dépense de 178 M€ en 2018 pour environ 3 400 adultes, contre 104 M€ en 2015 pour 1 900 adultes), sans assurance particulière de qualité de l'accueil. Il en va de même pour les personnes dont l'accueil est financé par les conseils départementaux, en fonction des orientations prescrites par les MDPH vers les différents types d'établissements médico-sociaux.

Comme le préconisait le rapport Dubosq (IGAS 2015-173, décembre 2016), la mesure proposée consiste à procéder au conventionnement des établissements pour adultes au titre de l'accord cadre, afin de bénéficier des avancées que représente l'accord, en particulier en termes de qualité de la prise en charge. Comme expliqué précédemment le conventionnement avec les établissements belges aura pour effet de transférer pour l'année N+1 leurs dépenses de fonctionnement en N du 6ème sous-objectif de l'ONDAM vers l'ONDAM médico-social PH et la mesure proposée permettra à la CNSA de déléguer les crédits à l'ARS Hauts-de-France qui aura la charge de tarifer les établissements conventionnés pour adultes.

Le conventionnement des établissements wallons pour adultes permet en particulier de porter des exigences de qualité complémentaires des critères de la réglementation wallonne, d'organiser un contrôle des établissements, de fiabiliser le recueil d'informations sur les personnes accompagnées et de mieux définir et uniformiser, selon les caractéristiques de celles-ci, les niveaux de financement des établissements.

Une démarche volontariste est engagée en parallèle auprès des trois régions les plus concernées par l'accueil en Wallonie de leurs résidents pour éviter les départs contraints et proposer des solutions alternatives dans le cadre des procédures nationales (gestion des situations complexes, mise en place des plans d'accompagnement global - CASF L.114-1-1).

L'intensification de la mise en place de solutions alternatives à l'accueil en Wallonie va compléter le conventionnement graduel ainsi organisé et permettra, comme pour les enfants, à la fois d'assurer un niveau de qualité d'accueil et de participer à la régulation de l'accueil de ces personnes en Wallonie.

Le financement des établissements pour personnes handicapées exercant leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne relève de l'objectif de dépenses géré par la CNSA décrit à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles ; sa modification pour permettre le financement des établissements accueillant des adultes est donc du ressort de la loi.

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

En termes opérationnels, en application de l'accord-cadre franco-wallon de 2011, un dispositif conventionnel sur le champ adulte sera mis en place selon les modalités suivantes :

1/ D'ici décembre 2019 : détermination de la programmation des conventions sur les 3 prochaines années. Ces conventions porteront en 2020 en priorité sur les établissements wallons qui accueillent des personnes dont le financement de la prise en charge relève totalement de l'assurance maladie

- de janvier à juin 2020 : négociation et signature des conventions avec une première série d'établissements wallons ;

- de juillet à septembre 2020 : calibrage du transfert des crédits du CNSE (6e sous-objectif de l'ONDAM) vers l'ONDAM médico-social ;

- au 1er janvier 2021 : entrée en vigueur des conventions signées en 2020 ;

- 2022 : poursuite de la négociation et de la signature des conventions avec une deuxième série d'établissements et calibrage du nouveau transfert de crédits vers l'ONDAM médico-social correspondant aux conventions signées après juin 2021 ;

- 2023 : finalisation de la négociation et de la signature des conventions avec une dernière série d'établissements et calibrage du dernier transfert de crédits vers l'ONDAM médico-social correspondant aux conventions signées après juin 2022.

2/ Pendant trois ans, les trois agences régionales de santé (ARS) principalement concernées par les départs en Belgique (Ile-de-France, Hauts-de-France et Grand Est) bénéficieront d'un accompagnement à la création de solutions nouvelles. à hauteur de 90 M€ (avec déclinaison des engagements en CP selon le décaissement suivant : 2020 = 20 M€ ; 2021 = 35 M€ et 2022= 35 M€) et cohérent avec les ambitions de transformation de l'offre.

a) Mesure proposée

Le contenu de l'objectif de dépenses géré par la CNSA est défini par l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Il est donc proposé de compléter son 4°) et d'insérer « ou à des personnes adultes handicapées » après les mots : « mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 ».

Compte tenu de la rédaction de l'article L. 314-3-1, les établissements entrent dans l'objectif au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des conventions.

b) Autres options possibles

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

La mesure proposée modifie le circuit de financement des établissements accueillant des adultes en Belgique, en le faisant basculer du 6ème sous-objectif de l'ONDAM à l'ONDAM médico-social et plus précisément l'ONDAM pour personnes handicapées.

De ce fait elle modifie la détermination des périmètres de ces deux sous-objectifs et doit être proposée dans le cadre du PLFSS au titre des dispositions du 2° 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 de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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 et est déjà couverte par l'accord bilatéral de 2011 avec la Belgique (Gouvernement de la région Wallone).

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

Selon le champ de prise en charge par l'assurance maladie de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées sur orientation de la CDAPH.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure proposée n'a pas d'impact financier pour 2020. Le transfert de crédits du 6ème sous-objectif de l'ONDAM vers l'ONDAM médico-social PH n'interviendra qu'en 2021 et correspondra à la somme des dotations des établissements ayant conventionné en 2020.

Le plan de création de solutions qui accompagne la mesure se décline en une autorisation d'engagement de 90 M€ sur trois ans (2020-2022) au titre de l'ONDAM médico-social afin de créer des solutions alternatives en France dans les trois régions qui sont le plus concernées par l'accueil de personnes en situation de handicap en Wallonie. La chronique prévisionnelle des crédits de paiement est la suivante :

- 2020 : 20 M€
- 2021 : 35 M€
- 2022 : 35 M€

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

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

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

a) impacts économiques

La mesure participera de la maîtrise des accueils à l'étranger des personnes handicapées adultes, qui occasionnent, d'une part, des dépenses croissantes pour l'assurance maladie faute de contingentement et, d'autre part, des dépenses concomitantes de transports (personnes concernées et leurs proches). Elle permettra par conséquent le développement de cette activité en France avec la création d'emplois associés, directs et indirects.

b) impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure concerne les personnes adultes.

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

La mesure permettra de favoriser une meilleure qualité de l'accueil dans les établissements wallons lorsqu'il n'y a pas d'autre alternative à une solution d'accompagnement en France ou lorsqu'il s'agit d'un choix de la personne concernée ou sa famille, dans la mesure où le conventionnement pour bénéficier de la prise en charge permettra d'imposer des règles de fonctionnement rapprochant encore les établissements d'accueil des normes françaises.

Par ailleurs, la mesure sera accompagnée d'un plan de développement de solutions nouvelles en France, dans les trois régions les plus concernées, au bénéfice des personnes adultes handicapées.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Il n'y a pas d'effet direct ou indirect identifiable.

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 demandes de prises en charge basculeront du dispositif du CNSE à celui prévu par l'accord franco-wallon.

Les autres formalités et démarches restent inchangées puisqu'il s'agit déjà de saisir la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées des MDPH en vue d'une orientation.

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

Bascule de la prise en charge du dispositif du CNSE à la caisse pivot identifiée par l'accord cadre (c'est-à-dire actuellement la CPAM de Roubaix Tourcoing).

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Aucun texte réglementaire n'est a priori nécessaire.

Le projet de convention type a été travaillé dans le cadre du groupe du chantier dédié de la conférence nationale du handicap.

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

Trois ans pour mettre en place le conventionnement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Via la CPAM ou l'établissement d'accueil

d) Suivi de la mise en œuvre

1/ Mise en œuvre par l'ARS Hauts de France du dispositif conventionnel.

2/ Pilotage national (SEPH, CNSA, DGCS, CNAM, ADF et ARS) pour la coordination des acteurs institutionnels directement concernés par la mise en œuvre.

3/ Réunion, au moins une fois par an, d'une part, de la commission mixte chargée de suivre la mise en œuvre de l'accord cadre et, d'autre part, du comité national de suivi de l'accord (instance franco-française).

4/ Dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS), les ARS ont été invitées à suivre particulièrement le dispositif de prévention des départs non souhaités vers la Wallonie. La question est évoquée en dialogue de gestion.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 314-3-1 actuel du code de l'action sociale et des familles	**Article L. 314-3-1 modifié du code de l'action sociale et des familles**
Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :	Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :
1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;	1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;
2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;	2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;
3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;	3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;
4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.	4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés **ou à des personnes adultes handicapées**~~*aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4*~~, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.

Article 39 - Simplification et harmonisation du circuit de financement des centres de lutte contre la tuberculose

I. Présentation de la mesure

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

La loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 a recentralisé la lutte contre la tuberculose, jusque-là dévolue aux départements.

La possibilité a néanmoins été laissée aux départements qui le souhaitaient de maintenir la gestion des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT).

La situation aujourd'hui, 15 ans après la réforme, est que 32 départements sur 101 (soit environ 52 CLAT sur un total de 148) ont conservé cette activité, représentant un montant total annuel estimé à 37.6 M €. La dotation du FIR est d'un montant total annuel de 39,2 M € (année 2017).

La tuberculose est aujourd'hui relativement maitrisée en France, avec une incidence inférieure à 10 cas/100 000 habitants/an depuis plus de 10 ans, faible par comparaison avec d'autres pays. Il perdure cependant des disparités régionales importantes (incidence variant entre 3.0 / 10^5 à 32.5 / 10^5).

Face à ce constat, la ministre des solidarités et de la santé a lancé en mars 2019, une feuille de route qui vise à atteindre dans toutes les régions de France une incidence de la tuberculose inférieure à 10 pour 100 000 habitants.

Parmi les mesures de cette feuille de route, figure celle d'harmoniser et simplifier le circuit de financement des CLAT, à l'instar de ce qui a déjà été fait en 2015 pour les Centres gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST-VIH (CeGIDD).

La mesure proposée dans le PLFSS 2020 répond donc à cet objectif en faisant porter intégralement par le FIR le financement des CLAT. Les départements qui le souhaitent pourront toujours continuer à gérer les CLAT via une habilitation qui sera donnée par les ARS, comme ce fût le cas pour les CeGIDD après la réforme du circuit de financement en 2015.

Pour renforcer le pilotage de la lutte contre la tuberculose, il faut confier aux ARS l'ensemble des leviers, organisationnels et financiers, de la lutte contre la tuberculose. L'intervention du législateur est nécessaire pour :

- d'une part, achever d'unifier le régime législatif d'autorisation des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), pour en confier la compétence exclusive aux ARS ;

- d'autre part, simplifier le financement en transférant le financement de l'ensemble des CLAT vers le fonds d'intervention régional (FIR) et opérer par une mesure de périmètre le transfert vers le FIR des crédits correspondants aux CLAT actuellement financés sur la dotation globale de fonctionnement (DGF) des départements.

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

a) Mesure proposée

Le mouvement d'abandon de la gestion des activités de lutte contre la tuberculose (CLAT) par les Conseils départementaux se poursuit. Chaque année, au gré de leurs souhaits, des départements se désengagent de certaines activités (lutte contre la tuberculose ou vaccination) sans qu'il y ait de véritable cohérence géographique ou sociologique. Au total, deux tiers des départements (69 départements) ne gèrent plus de centres chargés de la prévention de la tuberculose.

La mesure vise donc à confier aux ARS l'ensemble les leviers, organisationnels et financiers, de la lutte contre la tuberculose.

Pour cela, elle consiste tout d'abord à unifier le mode de gestion des CLAT, en le plaçant sous le seul régime de l'habilitation par l'ARS. Cela nécessite une modification du code de la santé publique (article L. 3112-2). Si des départements souhaitaient garder une activité de CLAT, ils pourront faire une démarche d'agrément auprès de l'ARS mais se placeront donc néanmoins sous son pilotage.

La mesure prévoit aussi d'unifier et simplifier leur mode de financement sur l'ensemble du territoire, en instaurant le financement de l'ensemble des CLAT par le fond d'intervention régional (FIR) et en opérant le transfert des crédits correspondants aux CLAT encore financés sur la DGF du programme 119 (« Concours financiers aux collectivités territoriales et à leurs groupements ») vers le sous-objectif de l'ONDAM relatif au FIR.

Dans le domaine de la tuberculose, le montant cumulé au 31 décembre 2017 des crédits transférés de la DGF vers le programme 204 puis vers le FIR depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales s'élève à 39,2 M€.

Le montant des crédits à prévoir en PLFSS 2020 s'élève à 37,6 M€, correspondant à la reprise des activités gérées par les 32 conseils départementaux ne s'étant pas encore désengagés.

Enfin, la mesure fixe le calendrier d'application de ce transfert de gestion au 1er janvier 2021.

b) Autres options possibles

Atteindre un pilotage complètement unifié de la lutte contre la tuberculose sur la seule base des dispositions de la loi de 2004 impliquerait d'attendre le désengagement de chacun des 32 départements précités de l'activité de lutte contre la tuberculose. Compte tenu du rythme irrégulier des désengagements sur la base du volontariat, le calendrier d'achèvement reste incertain et pourrait n'être jamais atteint.

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

La mesure proposée induit une charge au sens de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ce qui justifie son intégration en loi de financement de la sécurité social et plus particulièrement sur les dépenses du FIR (compte tenu de la nécessité de prévoir législativement une phase de transition, cet impact financier interviendra en 2021).

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

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

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 relève de la compétence nationale, elle est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 1432-2, L. 2112-8, L. 3112-2 et L. 3112-3 du code de la santé publique.

Modification de l'article L.343-1 du code de l'action sociale et des familles.

Modification de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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*
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 concernant les CLAT, si elle n'a pas d'impact financier toutes administrations publiques, puisqu'elle constitue un transfert de la DGF vers l'ONDAM, représente une mesure de périmètre qui impliquera une dépense nouvelle pour l'assurance maladie.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
FIR			- 37,6		

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

Ce transfert de l'Etat vers l'assurance maladie fera l'objet d'une compensation.

La mesure de périmètre sera effectuée dans le cadre du projet de loi de Finances pour 2021 afin de prendre le temps d'une concertation Etat/départements sur les montants de dépense à reprendre au titre de la compensation financière de l'Etat.

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

a) Impacts économiques

La mesure permettra de renforcer l'efficacité de la lutte anti tuberculeuse en renforçant son organisation.

b) Impacts sociaux

La mesure permettra une amélioration de la lisibilité de l'organisation de la lutte anti tuberculeuse à l'échelle régionale, et une amélioration du parcours des usagers.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure n'a pas d'impacts spécifiques sur les jeunes.

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

La mesure n'a pas d'impacts spécifiques sur les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

Pas d'impact spécifique

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

Pas d'impact spécifique

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

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

Le renforcement du pilotage de la lutte contre la tuberculose permettra l'amélioration du parcours des usagers et une orientation facilitée pour les acteurs de soins.

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

Dans le cadre d'un pilotage unique de la politique de lutte contre la tuberculose par l'ARS, qui disposera à la fois de la compétence de financement sur le FIR et de la compétence d'habilitation de l'ensemble des structures de la région, l'ARS pourra envisager des rapprochements de structures et des économies d'échelle peuvent être attendues.

La mesure devrait alléger la charge de travail pour les agences régionales de santé : les projets d'extension de capacité ne seront plus à négocier avec les départements et devraient aboutir plus rapidement.

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

La mesure ne devrait pas avoir d'impact sur l'emploi dans les agences régionales de santé, car elle n'alourdit pas leur charge administrative. Elle devrait cependant simplifier les processus de décision en plaçant les ARS comme autorité de tarification unique.

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

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

Décret simple relatif aux missions des CLAT au premier trimestre 2020 (Révision du décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 relatif à l'habilitation des établissements et organismes pour les vaccinations et la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles)

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

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, une mesure transitoire en 2020 est prévue avec maintien du financement actuel. Mise en œuvre de la réforme au 1er janvier 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

d) Suivi de la mise en œuvre

L'évolution du dispositif de la lutte contre la tuberculose sera accompagnée d'une modification du rapport annuel d'activité des CLAT avec des indicateurs en relation avec les missions de ces structures.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la santé publique	
Article L. 1432-2 actuel	**Article L. 1432-2 modifié**
Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.	Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.
Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.	Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.
Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.	Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.
Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.	Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.
Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.	Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.
Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.	Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.
Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes à ces contrats types.	Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes à ces contrats types.
Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.	Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues ~~*aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2*~~ **aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11** et procède à l'habilitation des organismes mentionnés ~~*aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1*~~ **aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2** ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-18.	Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-18.
Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.	Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.
Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.	Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des

Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer sa signature.	établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5. Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer sa signature.
Article L. 3112-2 actuel	**Article L. 3112-2 modifié**
La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat. Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.	**I. – La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat.** ~~***Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.***~~ **A cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre.** **II. – Les centres de lutte contre la tuberculose et les centres de lutte contre la lèpre contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.** **III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.**
Article L. 3112-3 actuel	**Article L. 3112-3 abrogé**
La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2. Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les	~~*La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2.*~~ ~~*Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les*~~

assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code. Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code.	~~*assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.*~~ ~~*La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.*~~ ~~*Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code.*~~
Code de la sécurité sociale	
Article L. 174-16 actuel	**Article L. 174-16 modifié**
Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique **et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code** s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
Dispositions transitoires	
	Article supplémentaire : **Article 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte à compter du 1er janvier 2020. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte.**

Article 40 - Mise en place d'un parcours global post traitement aigu d'un cancer

I. Présentation de la mesure

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

Les cancers et leurs traitements ont un retentissement majeur sur l'état de santé des personnes touchées et leurs effets sont persistants cinq ans après. A titre d'exemple, deux personnes sur trois estiment souffrir de séquelles, comme une forte fatigue et/ou des douleurs chroniques.

L'hôpital est à ce jour au centre de la prise en charge des cancers lors du traitement actif. La volonté du Gouvernement est de débuter l'accompagnement vers l'après-cancer au plus tôt (préconisation de l'INCa). Afin de renforcer l'accès des patients aux soins de supports, des organismes choisis par les ARS auront à jouer un rôle d'effecteur et/ou d'intégrateur, en contractualisant avec des acteurs de santé en ville, notamment des psychologues, des diététiciens ou des professionnels en capacité de réaliser des bilans d'activité physique, en s'appuyant sur les dispositifs existants et conformément à la fois aux textes en vigueur sur la prescription et la dispensation de l'activité physique adaptée et aux recommandations de la HAS.

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

a) Mesure proposée

La création d'un parcours d'accompagnement vers l'après-cancer permettra de fluidifier les soins et de renforcer l'effectivité des interventions précoces. Un tel parcours est en particulier destiné à favoriser le recours aux soins de supports délivrés par des professionnels compétents pour offrir des conseils en activité physique adaptée (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien…), nutritionnels (diététiciens…) et psychologiques , notamment en cas de chirurgie dans le cadre d'un traitement du cancer du sein.

Cette mesure permettra ainsi de mettre l'accent sur la prévention tertiaire pour les patients atteints d'un cancer. L'intégration d'un bilan d'activité physique dans le programme personnalisé de soins pour les patients souffrant de cancer pourrait notamment être systématisée. La prise en charge du parcours sera soumise à une prescription médicale. Elle contribue à l'objectif de qualité des prises en charge et de pertinence des soins en offrant un parcours complet et le plus adapté aux pathologies. Une attention particulière sera d'ailleurs portée aux résultats de cette mesure.

Les ARS financeront des organismes sélectionnés afin qu'ils organisent un un parcours composé, en fonction de ce qui apparait le plus pertinent au médecin prescripteur :

- d'un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique pour lever les freins à la pratique de l'activité physique ;
- d'un bilan psychologique, d'un bilan nutritionnel, et des consultations de suivi afférentes.

Le bilan d'activité physique proposé sera réalisé sur la base des recommandations de la HAS (Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé - chez les adultes, septembre 2018). Il permettra également de proposer au patient une liste d'adresses ou d'associations pour la réalisation d'une activité physique adaptée à son âge, à son état de santé, à ses besoins et à ses envies.

Les organismes sélectionnés dans le cadre de ce parcours seront financés par une dotation permetant de financer un bilan d'une heure et 6 consultations de bilan ou de suivi de 30 minutes au choix parmi les prestations listées ci-dessus, hors séance d'activité physique.

Un décret en Conseil d'Etat viendra organiser le parcours. Les organismes choisis comme effecteur / intégrateur seront sélectionnés par un appel à projet au niveau régional organisé par l'agence régionale de santé. Ces organismes seront chargés de conclure un contrat avec les professionnels en charge des prestations incluses dans le parcours. En vue de faciliter la mise en place de tels accords, un contrat-type sera défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce contrat prévoira pour chaque catégorie de professionnels des engagements de respect de la réglementation en vigueur, de bonnes pratiques professionnelles[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] et précisera les conditions dans lesquelles doivent s'effectuer les retours d'informations à la structure désignée et au médecin traitant. Le contrat prévoira également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunèrera les prestations réalisées par les professionnels impliqués dans le parcours.

L'information sur le recours à ce parcours global sera donnée aux patients dès la consultation d'annonce du diagnostic du cancer, en privilégiant sa prescription lors de ce temps d'annonce. La consultation de fin de traitement, permettra de vérifier la mise en œuvre de ce parcours ou, le cas échéant, de réaliser la prescription non délivrée au moment de l'annonce.

Les réseaux régionaux de cancérologie viendront en appui des organismes choisis, si besoin, pour identifier les professionnels du parcours.

b) Autres options possibles

Cette mesure est de nature législative dès lors qu'elle met à la charge des pouvoirs publics une nouvelle mission, consistant pour eux à prévoir l'organisation systématique d'un parcours global permettant l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des patients, ayant été traités pour un cancer, qui en bénéficient.

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

L'inscription en LFSS se justifie par les effets directs de la mesure, en dépenses, sur l'équilibre financier des régimes d'assurance maladie, en application du 2° du C du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

En effet, la mesure permettra à moyen terme de prévenir les complications survenant en période d'après-cancer et donc de diminuer les dépenses d'assurance maladie. A court terme, l'élargissement de l'offre en soins de supports sera source d'une dépense supplémentaire, limité toutefois aux nombres de structures en capacité de contractualiser avec des offreurs préexistants.

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

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

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.

[1] Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer – INCa-2018

[2] Critères d'orientation : qui, quand et pourquoi orienter vers les psychologues / psychiatres ?- Référentiels interrégionaux en soins de support – SFPO et AFSOS-2015

[3] Activité physique et cancer - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2018

[4] Activité physique adaptée chez les enfants et les adolescents jeunes adultes (AJA)-Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2017

[5] Activité Physique et Nutrition dans la prise en charge du cancer Colorectal-Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2015

[6] Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer – Référentiels interrégionaux en soins de support – SFNEP, réseau NACRE et AFSOS-2013

[7] Dénutrition et réalimentation dans les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) - Référentiels interrégionaux en soins de support - AFSOS-2017

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) ?

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

Création, au sein du Chapitre V-1 (« lutte contre le cancer ») du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique de deux sections, une sur « Institut national du cancer » et une autre « Parcours de soins global après traitement aigu d'un cancer ». Les nouvelles dispositions figurent dans un nouvel article L. 1415-8.

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 applicable*
Mayotte	*Mesure applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La dotation globale à octroyer aux ARS pour mettre en place cette organisation de soins de support est estimée afin de permettre le financement de soins à hauteur de 180 € par patient et par an, ce qui peut représenter un bilan d'une heure et 6 consultations de bilan ou de suivi de 30 minutes au choix parmi les prestations listées ci-dessus.

Le parcours sera proposé sur une année pour les 250 000 patients atteints de cancer. L'impact financier est estimé en prenant en compte le calibrage des dotations indiqué ci-dessus et en faisant l'hypothèse d'un taux de non recours de 30%.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020* P ou R	2021	2022	2023
Parcours sur un an		- 10	- 26	- 31,5	

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

**Hypothèse d'une mise en œuvre au 2nd semestre*

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

a) impacts économiques

La mesure permettra à moyen terme de prévenir les complications survenant en période d'après-cancer et donc de diminuer les dépenses d'assurance maladie. A court terme, l'élargissement de l'offre en soins de supports aura un coût, limité toutefois aux nombres de structures en capacité de contractualiser avec des offreurs préexistants.

b) impacts sociaux

Les patients bénéficieront d'un meilleur accès à certains professionnels exerçant en ville et d'une prise en charge de certaines prestations aujourd'hui hors du panier de soins en ville. La mesure permettra d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer, après la période de traitements.

- ***Impact sur les jeunes***

PARTIE 16 : La mesure est sans impact spécifique sur les jeunes.

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

La mesure est sans impact spécifique sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact spécifique sur l'environnement.

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

PARTIE 17 : Dans la mesure où elle s'applique à tous les cancers à la suite de la phase de traitement aigüe, la mesure est sans impact spécifique sur l'égalité entre les hommes et les femmes.

e) Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différents acteurs concernés

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

La mesure a un impact sur les démarches et formalités incombant aux assurés dans la mesure où ces derniers seront amenés à s'inscrire dans un organisme identifié par l'ARS. Toutefois une information spécifique en fin de traitement sera recommandée dans le cadre de la production d'un référentiel organisationnel.

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

La mesure aura un impact sur les ARS dans la mesure où elles seront amenées à identifier les organismes à même de fournir les prestations prévues dans le cadre du parcours.

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

La mesure n'a pas d'impact spécifique sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociales et administrations publiques.

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

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

Dans un premier temps, il est prévu la publication d'un décret précisant les modalités de mise en œuvre du dispositif, notamment le mode de désignation par les ARS des organismes donnant accès au parcours ainsi que les modalités de détermination des dotations allouées à ces organismes. Cela nécessitera des concertations avec les représentants des professionnels et des établissements de santé, et le développement d'une communication auprès des prescripteurs et des patients.

Dans un second temps, il est prévu la publication d'un arrêté définissant le contrat type entre l'organisme et les professionnels assurant le parcours.

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

La mesure sera applicable au 1er janvier 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des assurés est à prévoir dès le début de la phase de traitement aigu.

d) Suivi de la mise en œuvre

Une évaluation du développement de ces parcours sera conduite chaque année.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Chapitre V-1 du code de la santé publique : Lutte contre le cancer	Nouveau Chapitre V-1 du code la santé publique : Lutte contre le cancer
	Section 1 : Institut national du cancer
Article L1415-2	Article L1415-2
L'Institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. A ce titre, il exerce notamment les missions suivantes:	L'Institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. A ce titre, il exerce notamment les missions suivantes:
1° A Proposition, en coordination avec les organismes de recherche, les opérateurs publics et privés en cancérologie, les professionnels de santé, les usagers du système de santé et autres personnes concernées, d'une stratégie décennale de lutte contre le cancer, arrêtée par décret. La stratégie définit les axes de la recherche en cancérologie et l'affectation des moyens correspondants et précise notamment la part des crédits publics affectés à la recherche en cancérologie pédiatrique. L'institut en assure la mise en œuvre. Le conseil scientifique de l'institut se prononce sur cette stratégie. Il en réévalue la pertinence à mi-parcours ;	1° A Proposition, en coordination avec les organismes de recherche, les opérateurs publics et privés en cancérologie, les professionnels de santé, les usagers du système de santé et autres personnes concernées, d'une stratégie décennale de lutte contre le cancer, arrêtée par décret. La stratégie définit les axes de la recherche en cancérologie et l'affectation des moyens correspondants et précise notamment la part des crédits publics affectés à la recherche en cancérologie pédiatrique. L'institut en assure la mise en œuvre. Le conseil scientifique de l'institut se prononce sur cette stratégie. Il en réévalue la pertinence à mi-parcours ;
1° Observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;	1° Observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;
2° Définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie ;	2° Définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la cancérologie ;
3° Information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;	3° Information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;
4° Participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;	4° Participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;
5° Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;	5° Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en cancérologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes publics de recherche concernés ;
6° Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;	6° Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;
7° Participation au développement d'actions européennes et internationales ;	7° Participation au développement d'actions européennes et internationales ;
8° Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.	8° Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.
L'Institut national du cancer établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement et au Parlement.	L'Institut national du cancer établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement et au Parlement.

Article L1415-3 L'Institut national du cancer est constitué, sans limitation de durée, sous la forme d'un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat et des personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé et de la recherche sur le cancer. Sous réserve des dispositions du présent chapitre, ce groupement est régi par le chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre du présent article.	Article L1415-3 L'Institut national du cancer est constitué, sans limitation de durée, sous la forme d'un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat et des personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé et de la recherche sur le cancer. Sous réserve des dispositions du présent chapitre, ce groupement est régi par le chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Un décret précise les modalités de mise en oeuvre du présent article.
Article L1415-4 Le directeur général, le président du conseil d'administration et le président du conseil scientifique de l'Institut national du cancer sont nommés pour une durée de cinq ans par décret. Il n'est pas nommé de commissaire du Gouvernement auprès de l'institut. Le conseil d'administration de l'Institut national du cancer comprend un député et un sénateur titulaires ainsi qu'un député et un sénateur suppléants.	Article L1415-4 Le directeur général, le président du conseil d'administration et le président du conseil scientifique de l'Institut national du cancer sont nommés pour une durée de cinq ans par décret. Il n'est pas nommé de commissaire du Gouvernement auprès de l'institut. Le conseil d'administration de l'Institut national du cancer comprend un député et un sénateur titulaires ainsi qu'un député et un sénateur suppléants.
Article L1415-5 L'Institut national du cancer peut bénéficier de dons et de legs.	Article L1415-5 L'Institut national du cancer peut bénéficier de dons et de legs.
Article L1415-6 Le personnel de l'Institut national du cancer comprend : 1° Des agents régis par les titres II, III et IV du statut général des fonctionnaires ou des agents publics régis par des statuts particuliers ; 2° Des agents contractuels de droit public mis à disposition par les parties selon les conditions fixées par la convention constitutive ; 3° Des personnels régis par le code du travail.	Article L1415-6 Le personnel de l'Institut national du cancer comprend : 1° Des agents régis par les titres II, III et IV du statut général des fonctionnaires ou des agents publics régis par des statuts particuliers ; 2° Des agents contractuels de droit public mis à disposition par les parties selon les conditions fixées par la convention constitutive ; 3° Des personnels régis par le code du travail.
Article L1415-7 L'Institut national du cancer peut lancer des appels à projet en matière de recherche d'une durée de cinq ans et, dans des conditions définies par décret, d'une durée de huit ans.	Article L1415-7 L'Institut national du cancer peut lancer des appels à projet en matière de recherche d'une durée de cinq ans et, dans des conditions définies par décret, d'une durée de huit ans. **Section 2 Parcours de soins global après le traitement d'un cancer** **Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.** **Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.**

	Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 41 - Simplification des certificats médicaux de non contre-indication au sport pour les mineurs et pour les disciplines « sans contraintes particulières »

I. Présentation de la mesure

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

Le certificat médical de non contre-indication est délivré par le médecin à l'issue d'un examen médical pré-participatif à la pratique du sport. L'obtention initiale d'une licence auprès d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation de ce certificat, daté de moins d'un an.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé et ses textes d'application ont modifié les dispositions du code du sport[1] relatives à l'obligation de présenter ces certificats. Pour le renouvellement de la licence sportive, cette obligation n'est plus annuelle mais doit être vérifiée seulement tous les 3 ans, sauf pour certaines disciplines qui présentent des contraintes particulières, pour lesquelles le délai est maintenu à un an. Ce délai de trois ans est applicable pour les licences « loisir » et de « compétition », ces dernières exigeant néanmoins de la part des licenciés le remplissage d'un autoquestionnaire de santé. La dispense de production annuelle d'un certificat médical intervient seulement si le licencié a répondu négativement à l'ensemble des questions du test.

Ces dispositions visaient à libérer du temps médical et à faciliter l'accès à la pratique sportive pour tous. Néanmoins, elles n'aparaissent pas suffisantes au regard des résultats attendus notamment en matière de libération du temps médical et de maîtrise des dépenses de ville puisque, bien que non pris en charge par la sécurité sociale, les examens pré-participatifs nécessaires à la délivrance des certificats sont, dans la majorité des cas, effectués au cours de consultations médicales financées par l'assurance maladie.

En raison des inégalités territoriales et sociales d'accès à un médecin, la mesure a vocation à accroitre la pratique sportive chez les enfants qui est un vecteur de développement musculaire et osseux et accroit la résistance à certaines pathologies. De plus, en accroissant la pratique sportive la mesure réduit le risque spécifique lié à l'augmentation de la sédentarité des enfants avec comme corollaire le surpoids et l'obésité.

Par ailleurs, ces dispositions apparaissent également redondantes avec les dispositions de l'article L. 2132-2 du code de santé publique, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui a permis le redéploiement des vingt consultations obligatoires prévues dans le parcours de santé et de prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans au lieu de 6 ans auparavant. Désormais, trois des vingt consultations obligatoires sont réalisées après l'âge de 6 ans : à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans.

Ces consultations, prises en charge par l'assurance maladie, permettent de réaliser un bilan de santé global de l'enfant et offrent également, en cas de besoin, la possibilité pour le médecin de délivrer un certificat médical en vue d'obtenir une licence. Le professionnel de santé pourra donc à cette occasion vérifier de manière régulière l'aptitude d'un enfant à la pratique sportive, sans coût supplémentaire pour l'assurance maladie.

La présente mesure vise donc à poursuivre la simplification du cadre légal et réglementaire, et cible la tranche des 0-18 ans en proposant de supprimer complètement pour cette tranche d'âge l'obligation de production d'un certificat médical pour l'obtention d'une licence sportive, que celle-ci soit de loisir ou de compétition, sans pour autant remettre en cause l'importance d'une consultation médicale pour évaluer l'aptitude des enfants à la pratique sportive. Elle apparait par ailleurs cohérente avec le fait que la pratique sportive en milieu scolaire ne nécessite déjà pas la production d'un certificat médical.

Elle contribuera ainsi à ôter un frein à la pratique sportive. En effet, les inégalités d'accès aux médecins en fonction des territoires et des situations individuelles peuvent conduire certaines personnes à renoncer à la licence sportive du fait de l'obligation de produire un certificat.

Au vu de la complexité actuelle du système et du nombre important d'enfants licenciés[2], la simplification des exigences relatives à l'obtention ou au renouvellement de la licence sportive pour les disciplines sans contraintes particulières constitue donc une opportunité majeure pour libérer du temps médical, diminuer les dépenses de santé en ville et favoriser l'accès à la pratique sportive.

[1] Article 219 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, modifiant les articles L. 231-2 et s. du code du sport

[2] Selon des données datant de 2017, environ 5,6M de mineurs (0-18 ans) sont licenciés dans des fédérations de sport.

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

a) Mesure proposée

La mesure ne concerne pas les disciplines sportives à contraintes particulières.

La mise en place des consultations obligatoires prévues dans le parcours de santé et de prévention des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans permet un suivi périodique et adapté à l'âge de l'enfant tout en s'inscrivant au sein d'un bilan de santé plus global. La conduite de ces consultations obligatoires de manière régulière, au cours desquelles le médecin devra s'assurer de la contre indication à la pratique sportive en loisir et, le cas échéant, en compétition, permet de s'exonérer de la production systématique d'un certificat de non contre indication fourni à l'issue de consultations plus sommaires.

Il est donc proposé de fixer un âge seuil de 18 ans en deçà duquel l'obtention d'une licence sportive ne nécessite pas de certificat médical de contre-indication, l'aptitude physique d'un enfant étant uniquement évaluée au cours des consultations obligatoires prises en charge par l'assurance maladie qui s'échelonnent de manière régulière de 0 à 16 ans dans le cadre du parcours de santé et de prévention.

Le remplissage d'un auto-questionnaire par le sportif et son représentant légal sera en revanche exigé annuellement, comme c'est le cas actuellement pour les renouvellements de licences. Le contenu de l'autoquestionnaire sera revu afin de l'adapter aux problématiques de santé les plus fréquentes chez les mineurs. La licence ne sera accordée que si le sportif a répondu « non » à l'ensemble des questions (tandis qu'une réponse positive à l'une des questions lui imposera de produire un certificat médical). Une question complémentaire sera également ajoutée afin de vérifier que l'enfant a bien réalisé la dernière consultation obligatoire prévue pour sa tranche d'âge avec la même antériorité que ce qui est exigé aujourd'hui s'agissant de la production des certificats médicaux.

Afin d'accompagner cette réforme, des actions de communication seront menées à destination des médecins et et des acteurs du monde du sport. Les renseignements figurant à ce sujet sur les différents sites d'information seront également mis à jour.

Les dispositions réglementaires encadrant le contenu des consultations obligatoires seront également adaptées afin de prévoir que le médecin s'assure à cette occasion de l'absence de contre-indication à la pratique sportive de loisirs et de compétition (articles R. 2132-1 et R. 2132-2 du code de la santé publique).

b) Autres options possibles

La mesure proposée nécessite la modification des articles L. 231-2 et L. 231-2-1 du code du sport.

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

Les consultations obligatoires du parcours de santé et de prévention des enfants, prises en charge par l'assurance maladie, permettent de réaliser un bilan de santé global de l'enfant. La présente mesure accentue leur caractère global et aboutira à terme à réduire les consultations parallèles, permettant ainsi à la fois de réduire le recours aux consultations remboursées pour des raisons sportives et d'accroitre la disponibilité de temps médical en ville. Enfin la délivrance d'un certificat de non contre-indication délivré par le médecin n'étant plus nécessaire pour les mineurs sauf en cas de doutes sur l'état de santé consécutivement à l'autoquestionnaire, l'impact annuel sur les dépenses d'assurance maladie est estimé à 30M€ d'économies. La mesure aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie sa place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen

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

a) Possibilité de codification

La mesure modifie les articles L. 231-2 et L. 231-2-1 du code du sport.

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'introduction d'un seuil d'âge de 18 ans en deça duquel la production d'un certificat de non contre-indication délivré par le médecin n'est plus obligatoire, va avoir un impact sur les dépenses d'assurance maladie. Si l'on considère que plus de 6 millions d'enfants sont licenciés dans des clubs et/ou fédérations sportives et en fonction des hypothèses retenues sur le nombre d'examens pour délivrance d'un certificat donnant actuellement lieu au remboursement d'une consultation « C » par l'assurance maladie, les économies potentielles attendues de cette mesure sont de l'ordre de 30M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		+ 30	+30	+30	

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

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

a) impacts économiques

Bien que non pris en charge par la sécurité sociale, les examens pré-participatifs nécessaires à la délivrance des certificats sont, dans la majorité des cas, effectués au cours de consultations médicales financées par l'assurance maladie. La suppression de l'exigence d'un certificat médical pourra donc participer à la baisse des dépenses de soins de ville.

b) impacts sociaux

Les certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive participent à la surconsommation de soins de ville. Une simplification des règles pourrait libérer du temps médical en ville.

Il s'agit également d'ôter un frein à la pratique sportive. En effet, les inégalités d'accès aux médecins en fonction des territoires et des situations individuelles peuvent conduire certaines personnes à renoncer à la licence sportive du fait de l'obligation de produire un certificat.

Une simplification de la législation permettrait en outre une meilleure lisibilité du dispositif pour les sportifs et les professionnels de santé.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure vise précisément à faciliter l'accès à la pratique sportive pour les jeunes.

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

Cette mesure est sans impact particulier sur les personnes en situation de handicap.

c) impacts sur l'environnement

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

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

Cette mesure est sans impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure vient simplifier les formalités administratives préalables à l'exercice d'une activité sportive sans contrainte particulière.

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

La mesure est sans impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale.

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

La mesure permet une économie d'environ 30M€ au profit de l'assurance maladie. Elle sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

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

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

Cette mesure nécessitera de modifier, pour les mettre en cohérence, les articles réglementaires correspondants du code du sport et du code de la santé publique.

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 modalités d'information des assurés n'ont pas encore été arrêtées.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de cette mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 231-2 actuel du code du sport	Article L. 231-2 modifié du code du sport
I.-L'obtention d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée. Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition. II.-Les modalités de renouvellement de la licence, et notamment la fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé, sont fixées par décret.	I.- **Pour les personnes majeures** l'obtention d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée. Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition. II.-Les modalités de renouvellement de la licence, et notamment la fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé, sont fixées par décret. **III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif, qu'elles renseignent avec lui.** **Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un examen médical.** **Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions.**
Article L. 231-2-1 actuel du code du sport	**Article L. 231-2-1 modifié du code du sport**
L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est subordonnée à la présentation d'une licence mentionnée au second alinéa du I de l'article L. 231-2 dans la discipline concernée. A défaut de présentation de cette licence, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition.	**I. – L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve des II et III, subordonnée à la présentation d'une licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.** **II. – Pour les personnes majeures non licenciées, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition.** **III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la**

	réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif qu'elles renseignent avec lui. **Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un nouvel examen médical.** **Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »**

Article 42 - Evolution du contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité

I. Présentation de la mesure

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

a) Evolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

Le CAQES, créé par la LFSS pour 2016, visait à compléter le CPOM en reprenant les objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques et également à simplifier les modalités de contractualisation avec les établissements de santé sur ces enjeux qui faisaient l'objet de multiples contrats (CAQOS produits de santé et transports, contrat de bon usage des médicaments, contrat de pertinence et contrat d'amélioration des pratiques).

Depuis le 1er janvier 2018, plus de 2000 contrats ont été signés, dans des délais contraints, avec l'ensemble des établissements de santé . Sa mise en place s'est faite avec difficulté compte tenu de la lourdeur du dispositif. Le volet intéressement du CAQES diffusé tardivement et d'un faible montant a, pour sa part, eu peu d'effet sur l'adhésion des équipes hospitalières.

Par ailleurs, la montée en charge d'autres dispositifs d'incitation à la qualité et à l'efficience a nui à la lisibilité du contrat. En effet, des changements législatifs sont intervenus sur les transports (article 80) et le financement à la qualité (IFAQ) avec une montée en charge du montant financier alloué. Les expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51 ont également servi de levier au développement de dispositifs d'intéressement plus ciblés pour mobiliser les équipes hospitalières sur la maitrise des coûts des prescriptions exécutées en ville (pour les médicaments biosimilaires).

Bien que les établissements ainsi que les réseaux ARS et Assurance maladie se soient désormais impliqués dans la mise en œuvre de l'outil, l'ensemble de ces éléments ont entamé la capacité du CAQES à remplir son objectif premier à savoir : améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

Il est désormais nécessaire, en s'appuyant sur les travaux d'un groupe de travail et de deux enquêtes qualitatives réalisées par la CNAM qui ont mobilisés des représentants des ARS, du réseau assurance maladie, des OMEDIT et des établissements de santé, de recentrer le contrat sur un nombre de priorités limitées d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins et de renover le dispositif d'intéressement/sanctions pour mieux mobiliser les prescripteurs des établissements de santé sur les enjeux d'efficicence et de pertinence.

Des modifications législatives sont nécessaires pour :

- supprimer le caractère obligatoire, pour l'ensemble des établissements, de la contractualisation d'un volet relatif au bon usage des produits de santé ;
- adapter les dispositions relatives à l'intéressement ;
- supprimer les sanctions en cas de non atteinte des résultats ;
- permettre au directeur général de l'ARS, d'une part, de fixer des volumes d'activités plafonds pour certains actes, prestations et prescriptions et, d'autre part, de déroger aux tarifs nationaux afférents.

b) Adaptation du dispositif de financement à la qualité

Des ajustements législatifs sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du modèle de financement à la qualité (IFAQ) qui a connu en 2019 une nouvelle étape, avec la refonte du modèle et la montée en charge du montant financier alloué,

Dans le cadre de l'entrée en vigueur du dispositif de pénalité financière inscrit à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, au 1er janvier 2020, il apparait nécessaire de dissuader les comportements de non-recueil d'indicateurs de qualité ou de sur-cotations qui pourraient être adoptés par certains établissements afin d'échapper au dispositif.

En effet, la loi prévoit que la pénalité financière peut s'appliquer à l'issue de trois années consécutives de non atteinte d'un seuil minimal de résultats pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins. Un établissement pourrait ainsi, en ne recueillant pas un indicateur pour lequel il anticipe un mauvais résultat ou en effectuant un recueil inexact, échapper au dispositif.

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

a) Mesure proposée

- ***Suppression du caractère obligatoire, pour l'ensemble des établissements, de la contractualisation d'un volet relatif au bon usage des produits de santé.***

Actuellement, la signature d'un volet Produits de santé est obligatoire pour tous les établissements de santé et les contrats sont signés pour ce volet pour une durée indéterminée.

Les trois autres volets, dits additionnels, sont signés après ciblage des établissements en fonction notamment des priorités prévues au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Les travaux menés par le groupe de travail sur le CAQES ont démontré que certains indicateurs, sur l'évolution de la liste en sus ou des prescriptions exécutées en ville par exemple, n'étaient pas pertinents pour de nombreux établissements et que le recueil n'était pas toujours possible en termes de ressources et de temps (près de 300 établissements concernés pour plusieurs régions).

Afin de simplifier la démarche, il est proposé de contractualiser par ciblage pour tous les volets du contrat, ce qui aura pour conséquence de mettre fin à l'obligation de signature pour l'ensemble des établissements.

Dans ce cadre, la signature pour une durée indéterminée serait abandonnée et remplacée par une durée de 3 à 5 ans (alignée sur celle des CPOM), temps nécessaire pour permettre aux établissements de modifier leurs pratiques.

En cas de refus par l'établissement de santé ciblé, pour au moins un des indicateurs, de conclure un CAQES, le directeur général de l'ARS pourra prononcer, comme c'est déjà le cas actuellement, après observations de l'établissement, une sanction financière correspondant à 1% du montant reçu de la sécurité sociale lors de l'exercice précédent.

- ***Adaptation du dispositif d'intéressement du CAQES***

L'intéressement régional déjà délégué serait complété par un intéressement national, par indicateur, avec un reversement de 20 à 30% des économies générées.

Cet intéressement vise à inciter davantage les services ou les pôles des établissements de santé à s'engager dans des actions d'amélioration découlant du contrat. Il sera versé en année N+1 en fonction des résultats observés.

Afin de ne pas porter préjudice à l'autonomie de gestion des établissements, l'intéressement sera versé à l'établissement qui sera chargé de la répartition de la somme au sein des services ou des pôles contributeurs.

Cet intéressement sera versé au travers du fonds d'intervention régional, permettant ainsi de réallouer les crédits correspondant à des économies réalisés sur l'enveloppe de ville vers l'enveloppe hospitalière.

Une première vague de 4 indicateurs pressentis pour le futur CAQES pourrait faire l'objet d'une contractualisation dès les contrats 2020 . Ces indicateurs viseraient à diminuer le taux de recours à une ambulance, à la prescription d'inhibiteur de pompe à proton (IPP), à la prescription des perfuseurs et pousses seringues, et aux examens pré-anesthésiques pour la chirurgie mineure (5 situations identifiées par la société française d'anesthésie et de réanimation).

- ***Suppression des sanctions applicables en cas de non réalisation ou de réalisation partielle des objectifs***

Les perspectives de sanctions applicables en cas de non réalisation ou de réalisation partielle des objectifs, prévues par les textes, ont sûrement été un levier pour inciter les établissements à contractualiser mais elles sont restées inopérantes sur les résultats car jugées peu légitimes par les établissements de santé. Elles ont également fait l'objet d'un moratoire de la ministre en 2018 et 2019. Il est proposé de prendre acte de cette situation en supprimant dans les textes cette possibilité de sanction.

- ***Possibilité donnée au directeur général de l'ARS de fixer des volumes d'activités pour certaines pathologies et pour déroger aux tarifs nationaux pour celles-ci***

Dans le cadre du programme d'amélioration de la pertinence des soins qui sert de base à la conclusion d'un volet additionnel au CAQES, l'ARS peut fixer, pour un établissement en situation de sur-recours sur certains des actes, prestations et prescriptions qui font l'objet d'une liste limitative fixée par arrêté, un volume annuel maximum d'activité. Ce volume ne saurait être inférieur de plus de 30% à celui réalisé au cours de la dernière année

A l'issue d'une période de deux ans après la saisine par le directeur général de l'ARS d'un établissement en situation de sur-recours et la fixation d'un tel volume maximal, et si sur des actes, prestations et prescriptions considérés la situation de cet établissement demeure significativement au-delà des taux de recours nationaux, alors le directeur général de l'ARS peut, à l'issue d'une procédure contradictoire et avis de la Commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS), et pour le volume d'actes excédant le volume maximum fixé, appliquer un abbattement forfaitaire aux tarifs nationaux

des actes considérés dans la limite de 50%, sur la base d'un barême national. Les montants ainsi économisés sont alloués au fonds d'intervention régional.

A ce stade, il pourrait être envisagé d'appliquer ce dispositif aux actes suivants:

- Cataracte
- Endoscopie digestive
- Coloscopie
- Appendicectomie
- Césarienne
- Amygdalectomie
- Prostatectomie
- Angioplastie
- Chirurgie bariatrique
- Pose de prothèse de genou
- Pose de prothèse de hanche hors traumatisme
- Arthroscopie
- Chirurgie des varices
- Cholécystectomie
- Libération du canal carpien

Lorsque le directeur général de l'ARS constate une faiblesse persistante de l'activité médicale pour des pathologies particulièrement importantes pour la santé des populations sur un ou plusieurs territoires, il peut, par contrat avec les établissements concernés, apporter un soutien financier par le biais du fonds d'intervention régional afin que ces derniers développent leur capacité à la réalisation des actes.

- ***Adaptation du dispositif de financement à la qualité***

La mesure proposée prévoit que lorsqu'un établissement ne recueille pas un indicateur pour lequel il est éligible, sauf circonstance particulière, ou qu'il a fait l'objet d'un contrôle invalidant sur le recueil d'un indicateur, ce non recueil ou ce contrôle invalidant sont considérés comme une non atteinte du seuil minimal de résultats requis, et peuvent donc être décomptés à ce titre dans les trois années nécessaires pour déclencher la possibilité d'une pénalité financière.

Par ailleurs, l'article adapte le cadre juridique des dispositifs de contrôle nécessaires portés sur les dossiers des patients, en attendant la généralisation d'indicateurs directement accessibles dans les bases nationales d'information. La mesure propose d'élargir le contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins aux pharmaciens inspecteurs exerçant en agence régionale de santé, d'une part, et de faciliter le recours à l'expertise des médecins et pharmaciens conseils des organismes d'assurance maladie.

b) Autres options possibles

La mesure nécessitant de modifier des dispositions législatives existantes, il n'y a pas d'action alternative possible.

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

La mesure vise une diminution du taux de recours à des soins évitables ce contribue à la réduction des dépenses de l'assurance maladie.

La mesure concerne le dispositif de financement à la qualité et a donc un impact sur les modalités de rémunérations des établissements de santé par l'assurance maladie

La place de cette mesure en LFSS est justifiée par son impact financier sur les dépenses de l'année et des années ultérieures (cf. 1° et 2° du C du V de l'article LO. 111-3 CSS).

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

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

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

Une concertation avec les fédérations d'établissements a eu lieu.

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

Modification des articles L. 162-23-15, L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- ***Pour l'intéressement national CAQES***

Le montant de l'intéressement national est estimé à 10 M€ pour les 4 indicateurs prévus pour 2020 et à 20 M€ par an lorsque l'ensemble des indicateurs CAQES seront déployés.

Il n'est pas prévu d'impact financier en 2020 en dehors des économies générées qui viendront documenter celles prévues au titre de la maîtrise médicalisée (l'intéressement correspondant à ces 4 premiers indicateurs sera versé en 2021).

- ***Pour la fixation des volumes d'activités pour certaines pathologies et pour déroger aux tarifs nationaux***

Des économies structurelles sont attendues sur les taux de recours dès la première année d'entrée en vigueur du dispositif, pour les établissements auxquels des volumes maximums annuels seront fixés. Ces gains peuvent être estimés à 11 M€ pour le deuxième semestre de 2020 (hypothèse de réduction de 20% des écarts-types pour la liste des actes en sur-recours mentionnés ci-dessus) et 25 M€ en 2021 (hypothèse de réduction de 40% des écarts-types), à partir des données disponibles pour 2017 dans l'atlas des variations de pratiques médicales publié par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

A compter de 2022, le mécanisme financier de fixation d'un abattement forfaitaire suivant un barême national pour les actes dépassant le volume maximal fixé pourra être activé, mais les économies ainsi faites seront reversées au fonds d'intervention régional et donc neutres au global pour les dépenses d'assurance maladie.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020	2021	2022	2023
Intéressement national CAQES			- 10	-20	
Fixation des volumes d'activité / dérogation aux tarifs		+11	+25		

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

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

a) Impacts économiques

La mesure ne présente pas d'impact économique spécifique.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les personnes en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

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

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

L'assurance maladie devra mettre en place des mécanismes de récupération ex-post pour le volume d'actes dépassant le seuil maximum fixé et selon le tarif minoré préalablement notifié à l'établissement.

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

La mesure sera réalisée 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.

- ***Evolution du contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins***

Décret pour mise en œuvre du dispositif avec concertation des fédérations hospitalières et consultation des caisses d'assurance maladie- publication sous 6 mois. Il s'agira de compléter le décret existant

Arrêté pour définir les actes, prestations et prescriptions qui peuvent être ciblées par la mesure de fixation de volumes annuels maximums - délai identique pour la publication - il s'agira de prendre l'arrêté définissant les référentiels nationaux.

- ***Adapation du modèle de financement à la qualité***

Un décret en conseil d'Etat est nécessaire pour définir les modalités de mise en œuvre de la pénalité financière.

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

Afin de ne pas perturber la négociation des contrats 2020 qui se déroulera fin 2019-début 2020, il est prévu que les CAQES déjà signés à la date de publication de la LFSS ne seront pas remis en cause avant le 31 décembre 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune information particulière n'est à prévoir.

d) Suivi de la mise en œuvre

- ***Simplification du CAQES***

Les contrats feront l'objet d'une évaluation annuelle réalisée au niveau national pour les indicateurs soumis à un intéressement et par les ARS et les caisses locales d'assurance maladie pour les autres dispositions du contrat.

- ***Adapation du modèle de financement à la qualité***

Les modalités de calcul seront modifiées en conséquence de la mesure par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Un dispositif e contrôle des établissements permettra de faire un suivi auprès d'eux.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 162-23-15 actuel ***(dans sa version en vigueur au 1er janvier 2020)***	**Article L. 162-23-15 modifié**
I. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.	I. - Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.
II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.	II. - Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.
Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.	Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.
Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.	**Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint.** Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.
L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.	L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.
III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.	**Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I.** III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins
Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour	

certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.	recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs. Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière.
Article L. 162-30-2 actuel	**Article L. 162-30-2 modifié**
Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie. Ce contrat comporte : 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ; 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3. Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional. En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à	~~*Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.*~~ ~~*Ce contrat comporte :*~~ ~~*1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;*~~ ~~*2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.*~~ ~~*Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.*~~ ~~*En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent*~~

la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.	~~*alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.*~~ **Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie** **Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficience des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.** **Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés au même article, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.** **En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.** Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.
Article L. 162-30-3 actuel	**Article L. 162-30-3 modifié**
L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou	L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence~~*, de qualité, de sécurité des soins*~~ ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, ~~*sur*~~ **pour** certains actes, prestations

prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux. L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2. Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2. Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.	ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux. L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant ~~*conclure un volet additionnel au*~~ **inclure un volet dédié à ce plan dans le** contrat mentionné à l'article L. 162-30-2. Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'Etat ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à ~~*la conclusion d'un volet additionnel au*~~ **l'inclusion d'un volet dédié à ce plan dans le** contrat mentionné au même article L. 162-30-2. **Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.** ~~*Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.*~~ **Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné précédemment, les catégories et nombre d'actes, prestations ou prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet dédié à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.**
Article L. 162-30-4 actuel	**Article L. 162-30-4 modifié**
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	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*~~

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. 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 constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat. 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.	~~*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.*~~ Le directeur général de l'agence régionale de santé **alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, 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.** ~~***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 constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat***~~ ~~***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.***~~ A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut

	excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional. Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés.
	Article L. 162-30-4-1 inséré
	Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'Etat, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités.
Code de la santé publique	
Article L. 1421-3 actuel	**Article L. 1421-3 modifié**
Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.	Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle. Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'Etat, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.	Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal. Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 **ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins** dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.
Article L. 1435-7 actuel	**Article L. 1435-7 modifié**
Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'Etat, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article ; il peut également désigner des experts pour les assister. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code. Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 1421-1 sont applicables, le cas échéant, aux personnes qualifiées qui les assistent. Pour assurer les missions de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner des inspecteurs mentionnés au premier alinéa et ayant qualité de médecin ou recourir à : 1° Des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie sur proposition des représentants des régimes d'assurance maladie en région ; 2° Des médecins ayant conclu un contrat avec l'agence régionale de santé, qui peuvent être choisis en particulier parmi les experts de la Haute Autorité de santé mentionnés à l'article L. 1414-4. Les personnes mentionnées aux 1° et 2° du présent article respectent des conditions d'aptitude technique et juridiques définies par décret en Conseil d'Etat. Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence. Le représentant de l'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection.	Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'Etat, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article ; il peut également désigner des experts pour les assister. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code. Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 1421-1 sont applicables, le cas échéant, aux personnes qualifiées qui les assistent. Pour assurer les missions de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner des inspecteurs mentionnés au premier alinéa et ayant qualité de médecin **ou de pharmacien** ou recourir à : 1° Des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie sur proposition des représentants des régimes d'assurance maladie en région ; 2° Des médecins ayant conclu un contrat avec l'agence régionale de santé, qui peuvent être choisis en particulier parmi les experts de la Haute Autorité de santé mentionnés à l'article L. 1414-4. Les personnes mentionnées **au** ~~*aux 1°*~~ et 2° du présent article respectent des conditions d'aptitude technique et juridiques définies par décret en Conseil d'Etat. Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence. Le représentant de l'Etat dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection.

Article 43 - Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments à l'aide de plusieurs outils ciblés, notamment pour les antibiotiques et les biosimilaires

I. Présentation de la mesure

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

La pertinence des prescriptions et des dispensations est un enjeu essentiel pour permettre d'améliorer notre système de santé, en évitant que des soins inutiles soient dispensés, ou en faisant en sorte qu'un soin de même efficacité mais moins couteux soit préféré. Dans de nombreuses situations, des actions pourraient être menées pour améliorer la pertinence des prescriptions :

- ***La prescription d'antibiotiques n'est pas nécessaire lorsque l'affection est virale***

La lutte contre l'antibiorésistance est l'un des enjeux mondiaux de santé publique, celle-ci étant considérée par l'organisation mondiale de la santé comme l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale. L'un des facteurs principaux de cette antibiorésistance est le mésusage des antibiotiques, par administration inutile ou non conforme aux recommandations.

Notamment, les antibiotiques sont trop souvent prescrits pour des angines virales (qui représentent 80% des angines), alors que les antibiotiques n'agissent que contre les bactéries. Le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) permet de différencier angines virales et bactériennes. Ces tests sont encore peu utilisés par les médecins et ne sont aujourd'hui pas pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont réalisés en pharmacie.

- ***Certains conditionnements inadaptés de médicaments conduisent à du gâchis ou des mésusages***

Le conditionnement non adapté de certains médicaments engendre du gâchis (lorsqu'il contient plus de doses que la durée usuelle du traitement), favorise l'automédication (notamment pour les antibiotiques ou les benzodiazépines) et la pollution de l'environnement (avec risque de sélection d'antibiorésistance pour les antibiotiques), présente un risque de surdosage (par exemple pour les seringues contenant plus de médicament que recommandé) et entraine un surcoût pour l'assurance maladie. Il est aujourd'hui en pratique difficile de refuser au remboursement un produit sans alternative thérapeutique au seul motif d'un conditionnement inadapté.

Ces conditionnements peuvent être non adaptés pour diverses raisons : inadéquation à la posologie (à la durée de traitement, à l'ajustement des doses liées au poids par exemple), inadéquation à un usage pédiatrique, conditionnement ne permettant pas un usage sécurisé…. A ce jour, plus de 100 cas de conditionnements non adaptés ont été répertoriés par la Haute Autorité de santé.

Il serait utile de pouvoir inciter plus fortement les laboratoires pharmaceutiques à faire évoluer les conditionnements inadaptés.

- ***Lorsque des médicaments (notamment des biosimilaires) sont utilisés à la fois en ville et par les établissements de santé, l'hôpital n'est pas incité à favoriser l'achat des médicaments les plus efficients pour le système de santé dans son ensemble***

Le mécanisme d'achat des produits de santé par les établissements de santé les incite en priorité à réaliser des économies sur leurs propres achats. Toutefois, cela peut conduire à des surcoûts au global pour le système de santé. Ces surcoûts se produisent notamment lorsque la prescription de l'établissement a un impact important sur les prescriptions ultérieures effectuées en ville, et que les volumes achetés par les établissements sont faibles par rapport à ceux délivrés en ville. Cette situation concerne typiquement les traitements à destination de patients ambulatoires, qui doivent toutefois être initiés par un prescripteur exerçant au sein d'un établissement de santé.

Par le passé, plusieurs laboratoires ont pu utiliser les incitations spécifiques du mécanisme d'achat pour gagner des parts de marché importantes en ville, au détriment de la pertinence globale des prescriptions. Il s'agit par exemple de pratique de certains laboratoires de médicament de référence à l'arrivée de médicaments biosimilaires.

Il conviendrait dans ces situations de pouvoir disposer de nouvelles incitations pour les établissements à privilégier l'achat des produits permettant de réaliser des économies au global pour le système de santé.

- ***Le recours aux médicaments les plus efficients pourrait être facilité quand ils disposent d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)***

En France, l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) peut établir une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) en vue d'encadrer et de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM qui a cours sur le territoire national. En effet, la recommandation précise les bonnes pratiques de prescription dans ces situations, au regard des connaissances médicales et scientifiques. La mise en place d'une RTU s'accompagne d'un suivi des prescriptions par l'ANSM.

Les RTU permettent donc d'améliorer la prise en charge des patients, dans différentes situations : absence d'alternative thérapeutique, besoin non couvert pour certains patients.

Les conditions d'encadrement par l'ANSM du recours aux RTU peuvent toutefois paraitre trop strictes dans certaines situations. En effet, des cas se présentent où des médicaments sont déjà disponibles mais où il serait utile de pouvoir disposer de nouvelles alternatives thérapeutiques, grâce au recours à une RTU. Ce recours à de nouvelles alternatives permet d'augmenter l'offre thérapeutique disponible, de mieux s'adapter à la situation de chaque patient, et d'avoir de plus grandes disponibilités pour la pertinence. Concrètement, deux conditions de recours aux RTU pourraient être assouplies pour répondre à ces situations : d'une part, le fait qu'il ne doit pas exister d'alternative thérapeutique, d'autre part le fait que le prescripteur doit juger indispensable le recours à la spécialité.

- ***Sanctionner d'une pénalité financière graduée et dissuasive les professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription***

La LFSS pour 2018 est venue renforcer les procédures dites de « mise sous objectif » et de « mise sous accord préalable » avec l'extension de son périmètre à l'ensemble des professionnels de santé, visant notamment les sages-femmes, les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers. Toutefois, comme l'a souligné le rapport IGF et IGAS de juillet 2017 relatif à la revue de dépenses consacrée à l'évolution des dépenses d'indemnités journalières, ces procédures sont efficaces à court terme, avec un caractère dissuasif pour la majorité des prescripteurs ciblés qui modifient leur pratique mais en revanche, sur le long terme, il a été constaté que pour les professionnels de santé « récidivistes », ciblés chaque année pour leur pratique d'hyper-prescription (en l'absence de modification de leur pratique), ces procédures n'induisent aucune évolution. Pour ces professionnels, il convient de trouver de nouveaux moyens de faire évoluer leur pratique.

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

a) Mesure proposée

La mesure vise à :

- ***Permettre la prise en charge des TROD angine au sein des pharmacies***

Cette mesure vise à faciliter l'accès aux TROD angine pour les patients sur l'ensemble du territoire et donc à favoriser la pertinence de l'utilisation des antibiotiques (si le TROD est négatif, l'angine est virale et les antibiotiques ne sont pas requis) et ainsi à lutter contre l'antibiorésistance.

Dans l'optique de la réalisation des TROD en officine, les tarifs des prestations (réalisation du test et coût du TROD en lui-même) seront négociés par la voie conventionnelle. La mesure permet d'élargir le champ conventionnel pour permettre cette négociation, de fixer la participation de l'assuré et de définir un prix limite de vente du TROD aux pharmacies pour s'assurer de l'accès de ces professionnels aux tests à des coûts raisonnables.

La mesure permet également de mettre en cohérence les conditions de prise en charge des prestations réalisées par les pharmaciens avec les modalités de prise en charge pour les autres professionnels de santé (notamment les infirmiers). Elle précise ainsi qu'une franchise médicale est applicable aux prestations réalisées par les pharmaciens, comme c'est actuellement le cas pour ces actes réalisés par les auxiliaires médicaux. En effet, les conditions de tarification sont similaires, les tickets modérateurs le sont également, il s'agit donc de finaliser la cohérence.

- ***Permettre de demander aux laboratoires d'adapter le conditionnement de certains médicaments***

La mesure vise également à instaurer la possibilité d'appliquer une pénalité financière à l'encontre des laboratoires exploitant certains médicaments dont le conditionnement ne serait pas adapté. Cette pénalité serait, dans certaines situations, une alternative plus efficace à la possibilité, qui existe actuellement, de dérembourser les médicaments dont le conditionnement n'est pas adapté.

Il s'agit ainsi de pouvoir disposer d'un levier supplémentaire pour demander au laboratoire de proposer des conditionnements plus adaptés à la bonne prescription des médicaments délivrés.

• Augmenter le recours aux médicaments efficients comme peuvent l'être notamment les biosimilaires

La mesure vise en outre à augmenter le recours aux médicaments efficients, notamment en ville, grâce à la mise en place d'outils d'amélioration de la pertinence.

La mesure permet de :

Fixer, lorsque cela est pertinent, une incitation à l'achat de médicaments efficients tels que des médicaments biosimilaires par les établissements de santé. Cette disposition permet de favoriser la pénétration des médicaments en intra-hospitalier dès lors qu'une meilleure pénétration permettrait de réaliser également des économies en ville. ;

Assouplir les conditions de mise en œuvre des demandes d'accord préalable, pour permettre notamment la mise en place par les ministres d'une demande d'accord préalable (DAP) à l'arrivée d'un biosimilaire. En effet, les critères actuellement définis dans la loi rendent complexe la mise en œuvre de la DAP pour le princeps, sauf à redemander une réévaluation du médicament de référence par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé, ce qui n'est pas une procédure efficiente. Les conditions actuelles doivent également être revues au regard de la difficulté technique de mettre en œuvre une DAP dès l'arrivée d'un médicament sur le marché. Cette mesure s'applique dès lors également aux produits de santé. Elle permet enfin, pour accélérer et sécuriser la mise en place d'une DAP, de déroger à l'obligation d'homologation de certains formulaires : cette obligation n'est en effet pas adaptée pour pouvoir répondre rapidement à un risque de mauvais usage.

• Permettre le recours aux recommandations temporaires d'utilisation même en présence d'alternatives thérapeutiques

La mesure prévoit de permettre le recours, et la prise en charge, de médicaments relevant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) même en cas d'existence d'alternatives thérapeutiques, dès lors que cela permettrait d'augmenter la pertinence des prescriptions ou le nombre d'alternatives thérapeutiques disponibles. Dans ce cadre, la condition imposant que le professionnel de santé doit juger indispensable le recours à l'alternative thérapeutique disposant d'une RTU est supprimée.

Cette mesure permet ainsi d'améliorer l'arsenal thérapeutique à la disposition des patients, et de favoriser une juste prescription.

• Sanctionner d'une pénalité financière graduée et dissuasive les professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription

La mesure a pour finalité de sanctionner d'une pénalité financière graduée et dissuasive les professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription alors qu'ils ont déjà fait l'objet de nombreuses mesures d'accompagnement (notamment MSO/MSAP) plusieurs années de suite.

b) Autres options possibles

Pour favoriser le recours à des conditionnements plus pertinents, il pourrait être fait plus fréquemment usage de la décision de fin de prise en charge par l'assurance maladie. Cette mesure devrait toutefois être réservée à une action de dernière intention.

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

La mesure va modifier les prises en charge des médicaments par l'assurance maladie et améliorer significativement la pertinence des prises en charge. Elle aura ainsi « un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base », ce qui conformément aux dispositions du C, du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, justifie leur place en LFSS.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure crée l'article L. 5121-12-1-1 du code la santé publique, et les articles L. 162-16-4-4 et L. 162-17-2-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure modifie les articles L. 5121-12-1 et L. 5121-20 du code de la santé publique, ainsi que les articles L. 114-17-1, L. 160-13, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-22-7-4, L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La mesure n'abroge aucun article.

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

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- ***TROD***

En favorisant le premier recours via les pharmacies, il peut être estimé une économie nette d'environ 1 M€ au total sur les dépenses d'assurance maladie au regard des expérimentations précédemment menées (liée à des consultations médicales évitées). Toutefois, il existe un risque financier lié à un potentiel mésusage des TROD - si tous les patients se dirigent en pharmacie, que des TROD sont systématiquement réalisés pour des maux de gorge (incluant les cas de non angine) et

qu'il n'y aucune consultation médicale évitée, le coût pourrait dépasser 80 M€. Il conviendra donc d'assurer un juste recours aux TROD.

- ***Pénalités sur conditionnements***

Une meilleure adéquation entre le conditionnement de certains antibiotiques et les recommandations de prescription permettrait de diminuer le nombre d'antibiotiques délivrés. Sur la base de l'analyse des écarts entre les prescriptions et les dispensations, une économie maximale d'environ 30 M€ par an peut être envisagée.

- ***Créer une incitation économique des établissements à l'achat de certains médicaments efficients lorsqu'ils sont majoritairement utilisés en ville***

Cette mesure a pour objectif une incitation financière pour les établissements à la suite de l'achat d'un produit plus efficient. Cette mesure pourrait dans un premier temps être circonscrite à certains médicaments biosimilaires au regard notamment de leur taux de pénétration en ville ou encore d'une pratique de prix par les médicaments biologiques de référence particulièrement agressive dans les établissements de santé visant à capter la majorité des initiations de traitement hospitalières dans un contexte de prix plus élevés que les biosimilaires en ville. Un montant forfaitaire serait ainsi alloué pour chaque unité commune de dispensation (UCD) la plus efficiente achetée. Le coût de la mise en œuvre d'une telle incitation est estimé entre 1 M€ et 5 M€ par an selon la quantité de biosimilaires achetés par les établissements et le périmètre des médicaments entrant dans le dispositif. Elle permettrait en parallèle de réaliser des économies liées à l'utilisation en ville des médicaments biologiques à hauteur de 4 à 20 M€ (selon le périmètre choisi, et au regard de l'augmentation anticipée de la prescription de biosimilaires par les établissements concernés). La mesure aura donc au total un impact positif pour l'assurance maladie.

La mesure permet également la mise en œuvre des demandes d'accord préalable pour les produits qui sont prescrits par les établissements de santé (les textes actuels ne permettent pas de le faire en pratique). De nombreux produits innovants ou onéreux sont prescrits par les établissements de santé. Il est attendue une économie de 30 M€ à court terme grâce à la mise en place de cette mesure.

- ***Modification des conditions d'octroi et de prise en charge des RTU***

La mise en œuvre de cette mesure pour certains médicaments de la classe des anti-TNF pourrait permettre de réaliser une économie de l'ordre de 50 M€, au regard des coûts de traitements annuels ajustés aux posologies, sous l'hypothèse que la RTU pourrait prendre la moitié des parts de marché concernées. Ces économies pourraient être supérieures les années suivantes.

- ***Sanctionner d'une pénalité financière graduée et dissuasive les professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription***

Les procédures de MSO-MSAP participent à hauteur de 60M€ aux économies attendues, chaque année au titre de la maîtrise médicalisée. Cette mesure viendra conforter le respect des économies inscrites en 2020 au titre de la maîtrise médicalisée, qui sont de l'ordre de 735M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
	0	+20 (P)	+80	+100	+100

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

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

a) Impacts économiques

La mesure peut avoir un impact économique favorable pour les laboratoires commercialisant les médicaments biosimilaires, du fait de l'anticipation d'un recours accru à ces médicaments. Elle pourrait avoir un impact négatif sur les laboratoires commercialisant les médicaments de référence ou commercialisant des antibiotiques, ainsi que pour les laboratoires présentant des conditionnements non adaptés et pour les laboratoires ayant une molécule sous RTU qui serait soumise à concurrence.

b) Impacts sociaux

La mesure aura un impact positif sur les assurés : un meilleur accès aux TROD pour les angines du fait de la possibilité de réalisation du TROD en pharmacie engendrera un meilleur traitement, un accès à de nouveaux médicaments dans le cadre de la RTU.

c) Impact sur les jeunes

La mesure ne présente pas d'impact spécifique pour les jeunes.

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

La mesure n'a pas d'impact particulier pour les personnes en situation de handicap.

- ***Impacts sur l'environnement***

La mesure est sans impact sur l'environnement.

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

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

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

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

La mesure n'induit pas d'impacts particuliers supplémentaires pour les assurés sociaux s'agissant de démarches ou de formalités administratives.

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

La mesure pourrait nécessiter la mise en place d'un marché pour fournir les officines en TROD, le développement d'une plateforme/outil pour l'accompagnement des pharmaciens et des contrôles de déploiement du dispositif.

Il n'est pas attendu d'autre impact spécifique supplémentaire pour les administrations publiques ou les caisses d'assurance maladie.

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

Cette mesure sera mise en œuvre dans le cadre des moyens existants.

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

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

Des décrets d'application sont nécessaires pour mettre en œuvre les mesures relatives aux recommandations temporaires d'utilisation, aux TROD (et à l'ordonnance de dispensation conditionnelle), aux conditionnements inadaptés et aux demandes d'accord préalable.

Un décret devra également être pris, modifiant l'article D. 160-11 du code de la sécurité sociale, afin de fixer, comme c'est le cas actuellement pour les autres franchises médicales, un plafond journalier de franchise pouvant être acquitté par l'assuré.

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

La mise en œuvre sera réalisée au cours du premier semestre 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune modalité particulière ne sont prévues.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mise en œuvre de la mesure sera réalisé dans le cadre du suivi de l'ONDAM.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la Santé Publique	
Recours aux médicaments disposant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU)	
Article L. 5121-12-1 actuel	**Article L. 5121-12-1 modifié**
I.- Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.	I.- Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation ~~*et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient*~~. **Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription**
En l'absence de recommandation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.	En l'absence de recommandation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.
II.- Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.	II.- Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.
III. — Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation,	III. — Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices

des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " ou, le cas échéant, " Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation ". Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées. Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient. IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins. Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Le protocole peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation.	susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " ou, le cas échéant, " Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation ". Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées. Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient**, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication.** IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins. Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Le protocole peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation. **Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication** **V. – Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation.**
Création d'une ordonnance de dispensation conditionnelle pour la réalisation de TROD angine	
	Article L. 5121-12-1-1 nouveau
	Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation ou au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examens biologiques ou d'orientation diagnostique, au moyen d'une ordonnance dite de dispensation conditionnelle.

Article L. 5121-20 actuel	Article L. 5121-20 modifié
Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :	Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :
1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;	1° Les critères scientifiques justifiant, le cas échéant, l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article L. 5121-10, ainsi que les modalités de l'inscription dans un groupe générique existant d'une spécialité remplissant la condition pour être spécialité de référence et de la création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence ;
2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché global ;	2° Les conditions dans lesquelles des autorisations de mise sur le marché peuvent être considérées comme faisant partie d'une autorisation de mise sur le marché global ;
3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;	3° Les règles relatives à l'étiquetage, le conditionnement, la notice et la dénomination des médicaments et produits mentionnés au présent chapitre ;
4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;	4° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions dans lesquelles le demandeur peut être dispensé de produire certains éléments du dossier et celles dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son actualisation ;
5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;	5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;
6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;	6° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces enregistrements ;
7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;	7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;
8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;	8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;
9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le	9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le

marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;	marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;
10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;	10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;
11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;	11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou du titulaire de l'enregistrement de médicament homéopathique ou du titulaire de l'enregistrement de médicament traditionnel à base de plantes ;
12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui-ci ;	12° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments traditionnels à base de plantes prévu à l'article L. 5121-14-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent l'enregistrement et les décisions, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant celui-ci ;
13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;	13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments et sur les produits mentionnés à l'article L. 5121-1, notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis au présent titre, ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectué directement par les patients ou communiqué par les associations agréées de patients ;
14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;	14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;
15° (Abrogé)	15° **Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 ;**
16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ;	16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition ;
17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ;	17° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 relatives aux préparations de thérapie génique et aux préparations de thérapie cellulaire xénogénique ;
18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ;	18° Les conditions dans lesquelles l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé délivre, modifie, suspend ou retire les autorisations relatives aux médicaments de thérapie innovante mentionnées au 17° de l'article L. 5121-1 ;
19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.	19° La procédure d'inscription à la liste de référence des groupes biologiques similaires mentionnée au b du 15° de l'article L. 5121-1 et à l'article L. 5121-10-2 ainsi que le contenu de cette liste, précisant notamment le nom des médicaments biologiques concernés, leur dosage, leur posologie et leur indication thérapeutique.

Code de la Sécurité Sociale	
Pénalité financière pour hyperprescription	
Article L. 114-17-1 actuel	**Article L. 114-17-1 modifié**
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: (...) 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° ; (...) II.- La pénalité mentionnée au I est due pour : (...) 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 ;	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 : (...) 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° ; (...) II.- La pénalité mentionnée au I est due pour : (...) 6° Une récidive après **au moins** deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L.162-1-15 ou lorsque le ~~*médecin*~~ **professionnel de santé** n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article. **Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire.**
Fixation d'une franchise pour la réalisation de TROD angine	
Article L. 160-13 actuel	**Article L. 160-13 modifié**
I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en	I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en

Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.	Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.
L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.	II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.
Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.	Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.
Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.	Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.
Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.	Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.
III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;	III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;	2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.	3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence~~.~~ **;**
Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.	**4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.** Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°. Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.	1°, 2° ~~et~~, 3° **et 4°** du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel. Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3° **et pour les prestations mentionnées au 4°**. Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2°, ~~et~~ 3° **et 4°** bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.
Modification des conditions de prise en charge des médicaments	
Article L. 162-17 actuel	**Modification de l'article L. 162-17**
Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission	Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18. L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la

prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.	compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge, **ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code.** En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.
Elargissement du champ conventionnel des pharmaciens : réalisation de TROD	
Article L. 162-16-1 actuel	**Article L. 162-16-1 modifié**
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;	Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part. La convention détermine notamment : 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ; 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ; 2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; 3° (Abrogé) ; 4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ; 5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ; 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ; 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ; 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires

8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;	d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficience de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;
9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 à L. 5125-5 et L. 5125-18 du code de la santé publique ;	9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 à L. 5125-5 et L. 5125-18 du code de la santé publique ;
10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;	10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;
11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;	11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;
12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique.	12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique.
13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;	13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;
14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.	14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.
15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.	15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ;

	(a) 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.	L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.
Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.	Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.
La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.	La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.
L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.	L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.
Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 15° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.	Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et au 13° à ~~15°~~ **16°** du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.
Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 15° du présent article est suspendue, après consultation des parties	

signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.	Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et au 13° à ~~*15°*~~ **16°** du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante. Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.
Fixation d'un prix limite de cession du TROD aux pharmacies	
	Article L. 162-16-4-4 nouveau
	(b) Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus aux pharmaciens d'officine les tests de diagnostic rapide mentionnés au 16° de l'article L. 162-16-1. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens et, le cas échéant, du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants.
Pénalité financière pour conditionnement inadapté	
	Article L. 162-17-2-3 nouveau
	I.- Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.

	II.- La pénalité prévue au I ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause. **Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficience attendu pour les dépenses d'assurance maladie. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.** **III.- 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. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.** **IV.- Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.**
Incitation biosimilaires	
Article L. 162-22-7-4 actuel	**Article L. 162-22-7-4 modifié**
Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement.	Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation **financière de l'assurance maladie** ~~*du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique*~~ lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficience de leurs prescriptions de produits de santé, **ou relatifs à l'efficience des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie**, mesurés tous les ans par établissement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs **et, le cas échéant le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul** ~~*relatifs à la pertinence et à l'efficience des prescriptions*~~ et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement.
DAP	
Article L. 315-2 modifié	**Article L. 315-2 modifié**
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. 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 une prestation dans l'un des cas suivants :	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. II.- **A.-** 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 une prestation dans l'un des cas suivants :

-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 ;	-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 ;
-sa justification, du fait de 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 ;	-sa justification, du fait de 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 ;
-la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie 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 ;	-la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie 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 ;
-le recours à une autre prestation est moins coûteux.	-le recours à une autre prestation est moins coûteux.
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.	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.
Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.	Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
Pour des motifs de santé publique, 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 mentionnées au I de l'article L. 315-1. 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.	Pour des motifs de santé publique, 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 mentionnées au I de l'article L. 315-1. 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.
Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical 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 sur 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 du présent code 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'article L. 5121-12 du 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.	Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise**, à tout moment,** 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 sur l'une*~~ **concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une** des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 ~~*aux articles*~~**, ou au titre de l'un des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1,** L. 162-22-7, L. 162-23-6**,** ~~*et*~~ L. 165-1**, L. 165-1-1, L. 165-1-5, L. 165-11** du présent code ~~*et*~~ **ou** de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique~~*, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du 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.

	B.- Pour l'application du présent II : **1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;** **2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.**
III.-Si, indépendamment des dispositions 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 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.	III.-Si, indépendamment des dispositions 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 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.
IV.-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.	IV.-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.

Article 44 - Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018

I. Présentation de la mesure

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

a) Encourager une meilleure organisation du transport sanitaire

Si le transport sanitaire est particulièrement bien pris en charge dans notre pays, son organisation pourrait être optimisée. Cela suppose de donner de nouvelles marges de manœuvre aux transporteurs et de définir les responsabilités de l'ensemble des acteurs, lesquelles ne sont actuellement pas prévues par la loi.

Actuellement, le secteur du transport sanitaire connait un taux de remplissage faible de ses véhicules tout en ayant des difficultés à répondre à la demande dans des délais satisfaisants. Le transport partagé représente l'opportunité d'une organisation à la fois plus efficiente et plus satisfaisante pour les patients, notamment les personnes atteintes d'affection longue durée réalisant des transports itératifs réguliers et nombreux.

Il est par ailleurs nécessaire de clarifier le droit actuel qui donne lieu à des pratiques divergentes en ce qui concerne la possibilité de mettre en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU) dédiées exclusivement aux transports sanitaires urgents sans limite de quotas et de rappeler que ces véhicules restent soumis à l'autorisation de mise en service prévue pour tous les types de véhicules de transports sanitaires. Cette reconnaissance plus explicite de la possibilité de mettre en service des ASSU hors quota devrait permettre de redéployer les moyens ambulanciers nécessaires à la réforme des transports sanitaires et remobiliser les transporteurs sanitaires sur l'activité de transports urgents. Cette reconnaissance apparaît d'autant plus nécessaire que les quotas sont dépassés dans 81 départements.

b) Poursuivre et tirer les enseignements d'expérimentations concernant la garde ambulancière

PARTIE 18 : L'article 66 de la LFSS pour 2012 a permis de conduire des expérimentations en matière d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents. Afin de les mener, ont été autorisées des dérogations à certaines règles d'organisation de la garde départementale des transporteurs sanitaires et aux modalités et montants de rémunération des transporteurs sanitaires privés. C'est ainsi qu'à l'issue d'un premier appel à candidatures, trois expérimentations ont été déployées, la première ayant débuté le 1er juillet 2016. Par la suite, quatre autres expérimentations les ont rejointes en novembre 2018. L'ensemble de ces expérimentations est toujours en cours dans les Bouches-du-Rhône, en Isère, en Haute-Garonne, en Savoie, dans l'Allier, en Charente-Maritime et dans le Var. Leur durée légale, fixée par l'article 66 de la LFSS 2012, arrive à son terme le 31 décembre 2019.

PARTIE 19 : Or un projet de réforme de l'organisation et du financement des transports sanitaires urgents pré hospitaliers est en cours de préparation. Son déploiement aura lieu progressivement à compter du début de l'année 2020. Cette réforme poursuit trois objectifs : optimiser l'organisation des transports sanitaires urgents en la rapprochant du terrain et en cherchant une meilleure articulation avec les SDIS ; assurer un meilleur équilibre économique aux transporteurs ; améliorer la réponse aux demandes du SAMU.

PARTIE 20 : Dans ces conditions, il est nécessaire de permettre la poursuite des expérimentations afin, d'une part, d'aménager la transition vers le nouveau dispositif sur les sept territoires expérimentaux et, d'autre part, de procéder à l'évaluation de ces projets dont les résultats nourriront les réflexions sur la réforme.

c) Développer de nouvelles expérimentations

Lors du déploiement de la réforme de l'article 80, une mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a identifié des actions de nature à accompagner les acteurs dans la mise en œuvre de la réforme et esquissé des pistes de réflexion allant au-delà du périmètre de cette réforme. Une nouvelle mission prospective de l'IGAS est prévue à l'automne 2019. Elle visera à proposer des évolutions concrètes pour la régulation du secteur en identifiant les actions à conduire pour garantir la soutenabilité des dépenses de transport. Cette démarche doit pouvoir s'appuyer sur des projets expérimentaux, qui n'ont pu être développés jusqu'alors, le cadre expérimental prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ne le permettant pas. Il est donc proposé une extension des dérogations prévues par cet article, afin de pouvoir expérimenter des projets relatifs aux transports de patients, au dépistage en ville de certaines pathologies dont l'hépatite C.

Seule une mesure législative peut étendre le champ des dispositions législatives auxquelles il est possible, dans le cadre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, de déroger.

- ***Dans le champ des transports sanitaires***

Dans le cadre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale issu de l'article 51 de la LFSS pour 2018, certains projets d'expérimentations portent sur le secteur des transports de patients et peuvent impliquer de déroger aux dispositions du

code de la sécurité sociale (notamment son article L. 322-5 relatif aux règles de facturation, de tarification et de remboursement du transport des malades) mais aussi à celles du code de la santé publique, notamment à la règle du quota départemental encadrant l'offre des transporteurs sanitaires prévue à l'article L. 6312-4. En effet la délivrance d'une « autorisation de mise en service » (AMS) par l'agence régionale de santé est conditionnée au respect de ce quota pour les véhicules, dont les VSL. Si l'article 51 de la LFSS pour 2018 permet de déroger à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale précité, il n'ouvre pas de dérogation en matière de délivrance des autorisations de mise en service des véhicules.

- ***Dans le champ de la biologie médicale***

La législation applicable en matière de biologie médicale ne permet le prélèvement et la réalisation de la phase analytique hors laboratoire que dans des lieux limitativement énumérés et sous condition de décision thérapeutique urgente. Plusieurs projets d'expérimentation à l'initiative des acteurs de terrain, présentant un intérêt significatif pour l'amélioration de la prise en charge et notamment l'accès au dépistage du VHC, nécessitent de déroger à ce cadre. La réglementation actuelle ne permet pas non plus une prise en charge par l'assurance maladie d'un examen de biologie réalisé à la demande du patient. Des projets d'expérimentation proposant la prise en charge d'examens de dépistage directement à l'initiative du patient ne pourraient ainsi pas être mis en œuvre dans le droit actuel (prise en charge globale du VHC par l'équipe mobile hépatite du CH de Perpignan notamment).

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

a) Mesure proposée

- ***Renforcer les moyens d'organisation du secteur des transports de patients pour en améliorer la performance***

Les principes généraux donnant droit à une prise en charge des transports sanitaires sont énoncés dans l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale. Celui-ci dispose aujourd'hui que « les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé ». Le Conseil constitutionnel a jugé le 25 janvier 2019 (décision n° 2018-757 QPC) que les mots : « et du mode de transport » sont contraires à la Constitution.

Cet article du code de la sécurité sociale sera modifié pour tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel tout en introduisant dans la loi une mesure cohérente avec le principe constitutionnel d'économie et d'équilibre financier de la sécurité sociale. Le transport partagé se verra donc doté d'une base légale, dans le but qu'il puisse être pratiqué, sauf mention contraire, dès lors que le médecin prescrit un transport de malade. En effet, le transport partagé de patient est d'ores et déjà prévu par les conventions signées entre l'assurance maladie, les transporteurs sanitaires et les taxis, qui posent les règles de tarification et de facturation de ce mode de transport. Mais l'absence d'assise légale limite l'essor du transport partagé, dès lors qu'il doit être expressément autorisé par la prescription médicale.

Il sera également précisé qu'il est possible de mettre en service des ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU) dédiées exclusivement aux transports sanitaires urgents sans limite de quotas et que ces véhicules restent soumis à l'autorisation de mise en service prévue pour tous les types de véhicules de transports sanitaires.

- ***Permettre le développement de projets expérimentaux***

La liste des dérogations législatives prévues à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale sera étendue pour permettre de déroger :

- à la règle du quota départemental prévue à l'article L. 6312-4 du code de la santé publique ;

- aux articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18 du code de la santé publique, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;

- à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale pour permettre le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale.

La durée des expérimentations, en matière de garde ambulancière, autorisées en vertu de l'article 66 de la LFSS pour 2012 sera prolongée d'une année.

b) Autres options possibles

- ***Inciter au transport partagé en accompagnant les acteurs***

Le transport partagé est encouragé par les agences régionales de santé et l'assurance maladie dans certains territoires grâce à différents dispositifs de contractualisation qu'il pourrait être décidé de renforcer afin d'inciter au développement du transport partagé. Cette démarche a néanmoins démontré ses limites dans la mesure où des freins s'imposent au prescripteur pour qui, actuellement, le transport partagé n'est qu'une option souvent méconnue. Les initiatives portées

dans les territoires gagneraient à s'appuyer sur une base juridique de niveau législatif leur conférant une légitimité plus grande et faisant du transport partagé le mode de transport par défaut sauf opposition du prescripteur.

- ***Mettre un terme aux expérimentations existantes au 31 décembre 2019***

PARTIE 21 : Cela impliquerait que les sept départements d'expérimentation actuels reviennent, au 1e janvier 2020, aux dispositions de droit commun en attendant la mise en place des nouvelles modalités de la garde ambulancière. Cela entrainerait une complexité certaine pour une période transitoire réduite et ferait courir un risque organisationnel préjudiciable pour le patient.

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

La mesure vise à améliorer la soutenabilité des dépenses de transport, croissantes, en donnant aux acteurs les moyens d'une plus grande efficience, notamment en développant le transport partagé dès lors qu'il est possible d'un point de vue sanitaire. Elle a une incidence directe sur les équilibres financiers des comptes de l'assurance maladie à court et long terme. Cet objectif principal a pour corollaire la possibilité de conduire des expérimentations en faveur d'une meilleure organisation et régulation du secteur. Plus précisément, la prolongation des expérimentations sur la garde ambulancière a un impact sur le tendanciel de dépenses d'assurance maladie puisqu'elle permettra de générer un gain estimé à 1,3 M€ en 2020. Cette mesure trouve ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

PARTIE 22 : 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'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

PARTIE 23 : Il n'existe pas de règlements et directives ou de jurisprudences s'appliquant spécifiquement à ce sujet et la mesure n'est pas contraire aux règles fixées par les traités ou en découlant.

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 322-5 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Modification de l'article 66 de la LFSS pour 2012

Modification de l'article L. 6312-4 du code de la santé publique

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure 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. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

- Prolongation des expérimentations prévues par l'article 66 de la LFSS pour 2012 :

Sept départements bénéficient de l'expérimentation. Elle a permis d'y stabiliser le niveau des carences ambulancières (sollicitation des sapeurs-pompiers en raison d'une indisponibilité des transporteurs privés), alors qu'au niveau national, le nombre de carences a cru de plus de 10 % par an depuis 2013.

Si l'expérimentation était supprimée avant la mise en œuvre du nouveau modèle et que les transporteurs sanitaires privés se désengageaient de l'urgence préhospitalière, on peut craindre une augmentation des carences ambulancières de l'ordre de 30 % sur les sept départements. Il pourrait y avoir alors, sur une base annuelle, environ 40 000 carences supplémentaires, représentant un montant de dépenses de 4,9 M€.

À l'inverse, si les transporteurs sanitaires continuent à effectuer ces 40 000 interventions, le montant des dépenses associées serait de 3,7 M€, puisque le coût moyen des transports sanitaires urgents est de 91 € par transport alors que les carences sont rémunérées aux sapeurs-pompiers à hauteur de 123 € par intervention.

Aussi, la prorogation des expérimentations permettra d'éviter un surcoût estimé à 1,3 M€.

- Développement du transport partagé

Le développement du transport partagé est source d'économie pour l'Assurance maladie. En effet, lorsque plusieurs patients sont véhiculés, une facture doit être établie pour chacun d'eux et l'Assurance maladie applique un abattement sur le tarif. Cet abattement dépend du nombre de personnes transportées (23% pour deux personnes, 35% pour trois personnes). En prenant comme hypothèse un abattement moyen de 25% (la plupart des transports partagés concernent le transport de deux personnes) et d'une augmentation de 2,5% de la part de transport partagé dans l'ensemble des transports à horizon 2021 (1% de progression en 2020 et 2,5% en 2021), les gains pour l'assurance maladie pourraient s'élever à 26 M€.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Fonds d'intervention régional			+1,3		
Assurance maladie			+7	+26	

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

- ***Améliorer le taux de remplissage des véhicules de transport sanitaire***

L'essor du transport partagé est l'occasion pour les transporteurs sanitaires d'optimiser leur organisation et d'améliorer leur taux de remplissage. Par ailleurs, une telle opportunité permet aussi aux établissements de santé de disposer d'une offre de transport plus adaptée à leurs besoins, notamment concernant les transferts inter-hospitaliers. Ces derniers étant, depuis le 1er octobre 2018, à leur charge, ils bénéficieront d'une offre nouvellement développée présentant des coûts plus avantageux pour un meilleur service rendu au patient.

- ***Expérimenter des modalités de régulation économiques moins coûteuses***

Le développement de projets expérimentaux a des impacts économiques potentiels importants. En effet, actuellement, le transport assis professionnalisé est réalisé par des véhicules sanitaires légers (appartenant à des sociétés de transport sanitaires agréées) ou par des sociétés de taxi. La flotte de VSL diminue constamment et reste peu utilisée alors que les taux de marge des transporteurs sont supérieurs sur ces modes de transport

b) Impacts sociaux

Les patients bénéficieront d'une meilleure organisation des transports sanitaires dans un contexte d'évolution de la demande marquée par un vieillissement de la population. Une meilleure organisation du secteur réduira en outre les temps d'attente.

- ***Impact sur les jeunes***

PARTIE 24 : La mesure est sans impact spécifique sur les jeunes.

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

Les sociétés de taxi et de transporteurs sanitaires disposent de véhicules équipés qu'elles peuvent utiliser pour transporter des personnes à mobilité réduite dans le cadre de leurs soins. Même si cette activité n'est pas explicitement visée par la présente mesure, l'élargissement du champ d'application de l'article 51 de la LFSS pour 2018 n'exclut pas la mise en place de projets expérimentaux en lien avec cette activité.

c) Impacts sur l'environnement

Le développement du transport partagé peut avoir un impact environnemental positif en réduisant le nombre de transferts de patient.

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

PARTIE 25 : La mesure est sans impact spécifique sur l'égalité entre les femmes et les hommes.

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

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

La mesure n'a pas d'impact direct sur les démarches et formalités incombant aux assurés dans la mesure où ces derniers n'ont pas à conduire de démarche supplémentaire par rapport à ce qui existe déjà pour voir leur transport sanitaire pris en charge.

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

- ***Concernant le développement du transport partagé***

La mesure suppose de faire évoluer le référentiel de prescription des transports sanitaires et les formulaires qui en découlent. Le transport partagé fait déjà l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, son essor s'appuiera sur les dispositifs existants qu'il conviendra de modifier.

- ***Concernant la prolongation des expérimentations sur la garde ambulancière***

La mesure de prorogation de la durée légale des expérimentations est de nature à minimiser les impacts sur les systèmes d'information de la CNAM et sur la gestion de la garde départementale assurée par les ARS.

A la suite des deux appels à candidatures pour ces expérimentations, la mise en œuvre de plusieurs projets a nécessité la création de codes-actes pour la liquidation des dépenses décidées dans le cadre des expérimentations.

De même, les ARS ont mis en place de nouveaux outils pour organiser et suivre l'activité.

La prorogation des expérimentations se traduira par un maintien de ce cadre existant, que la fin des expérimentations obligerait à modifier pour quelques mois seulement, avant la réforme nationale.

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

La mesure n'a pas d'impact spécifique sur le budget et l'emploi dans les caisses de sécurité sociales et administrations publiques

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

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

- ***Concernant le développement du transport partagé***

La facturation d'un transport paratagé est d'ores et déjà possible. La présente mesure suppose de modifier le formulaire CERFA support de la prescription de transport. Cela pourra être effectif au 1er janvier 2020.

Dans un second temps, il est prévu la publication d'un arrêté modifiant le référentiel de prescription du transport sanitaire. Ces évolutions nécessiteront des concertations et le développement d'une communication auprès des prescripteurs, des transporteurs et des patients.

- ***Concernant les projets expérimentaux***

PARTIE 26 : Il n'y a pas de textes d'application nécessaires : le décret du 23 décembre 2014 restera en vigueur. L'instruction du 29 janvier 2015 et l'instruction du 28 juillet 2016 ouvrant le deuxième appel à candidatures expérimentales encadrent de façon suffisante la mise en œuvre des expérimentations.

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

1er janvier 2020

3. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune

4. Suivi de la mise en œuvre

- ***S'agissant du développement du transport partagé***

Une évaluation de l'utilisation du transport partagé en volume et en prix (montant de la dépense) sera conduite après 3, 6 et 9 mois de mise en œuvre effective de la mesure.

- ***S'agissant des projets expérimentaux***

Les expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 permettront de voir s'il est opportun de déroger à la règle des quotas des transports sanitaires, et de quelle manière le cas échéant.

Chaque expérimentation, qui a une durée maximale de 5 ans, fait l'objet d'une évaluation dont le cadre est prévu par le dispositif.

Les expérimentations autorisées par l'article 66 de la LFSS de 2012 font l'objet d'un suivi régulier et précis de l'activité et de la consommation de l'enveloppe de dépenses expérimentales. Un comité de suivi de l'expérimentation a été mis en place pour chacune de ces expérimentations et associe l'ARS, la CPAM, les représentants des transporteurs sanitaires, l'établissement-siège de SAMU et, le cas échéant, le service départemental d'incendie et de secours.

Ce comité de suivi se réunit de façon régulière.

Par ailleurs, chaque expérimentation locale fait l'objet d'un rapport d'évaluation à l'issue de chaque semestre. Ce rapport d'évaluation est communiqué à la DGOS, la DSS et la CNAM.

Le ministère rendra un rapport au Parlement sur la mise en œuvre des expérimentations 6 mois avant leur terme.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L.162-31-1 actuel	**Article L.162-31-1 modifié**
II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ; e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ; 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé : a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ; b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;	II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin : 1° Aux dispositions suivantes : a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, ~~*L. 162-22-1*~~, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, **L162-22-18, L. 162-22-19**, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5 et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ; b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ; e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ; **f) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ;** 2° Aux dispositions suivantes du code de la santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé : a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ; b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;

c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ; d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ; e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ; f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ; g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ; h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ; i) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ; j) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3.	c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ; d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ; e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ; f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ; g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ; h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ; i) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ; j) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3. **k) Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18 du code de la santé publique, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;** **l) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4, en tant qu'il concerne l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport.**
Article L.322-5 actuel	**Article L.322-5 modifié**

Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.	**Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de cette prescription, ces frais sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés**. ~~*Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.*~~
Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.	Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.
Code de la santé publique	
Article L.6312-4 actuel	**Article L.6312-4 actuel**
Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.	**I.-**Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres**, hors véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente,** est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population.

Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.	Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. **II.-La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transport effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé** **Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation.** ~~*Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.*~~
Article 66 actuel de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	**Article 66 modifié de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012**
I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas huit ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience de l'offre de transports sanitaires urgents en région.	I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas ~~*huit*~~ **neuf** ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

Article 45 - Indemnisation du congé de proche aidant

I. Présentation de la mesure

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

Les aidants, dont le nombre est estimé à environ 8 millions[1] dont 3,9 millions de personnes auprès de seniors vivant à domicile en raison de leur âge ou d'un problème de santé[2], apportent une aide régulière nécessaire, à titre non professionnel, à leurs proches dépendants, malades ou en situation de handicap. Notamment du fait du vieillissement de la population, ils sont appelés à jouer un rôle croissant dans l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

La question du soutien aux proches aidants est au cœur des réflexions pour approfondir nos politiques de solidarité. Le Gouvernement a ainsi souhaité y consacrer un axe prioritaire de la concertation « Grand âge et autonomie », confiée à Dominique Libault en octobre 2018. Les résultats de ces travaux, remis le 28 mars 2019 au Gouvernement, ont conduit à une série de propositions ambitieuses et globales, au profit de tous les aidants, y compris des aidants de personnes en situation de handicap, dont celle d'indemniser le congé de proche aidant. A ce titre, il s'agit notamment d'aussi veiller à l'égalité entre les hommes et les femmes, une étude Opinion Way réalisée auprès de 6500 parents d'enfants en situation de handicap en 2018 montrant par exemple que près de 40% des mères d'enfants en situation de handicap interrompent leur activité.

En effet, la moitié des aidants occupant un emploi, les conditions permettant une meilleure conciliation entre leur vie professionnelle et personnelle doivent être garanties pour faciliter leur maintien ou leur retour dans l'emploi. La récurrence de l'aide apportée à un proche peut avoir des conséquences importantes sur leur vie professionnelle et, partant, sur le niveau de leurs ressources (arrêts maladie, refus d'évolutions professionnelles, aménagements des horaires et conditions de travail, etc.), mais aussi pour leurs employeurs.

Le principe d'un droit à congé au bénéfice des aidants a été décliné au fil des années par la création de trois congés légaux spécifiques, ouverts sous certaines conditions et dont les deux premiers sont indemnisés :

- Le « congé de présence parentale », ouvert aux salariés et agents publics parents d'un enfant malade, handicapé ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants ;
- Le « congé de solidarité familiale », ouvert aux proches aidants accompagnant un proche en fin de vie ;
- Le « congé de proche aidant », ouvert à tout proche aidant d'une personne âgée dépendante ou en situation de handicap d'une particulière gravité.

Créé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », le congé de proche aidant remplace depuis 2016 le congé de soutien familial. Le congé de proche aidant a été étendu, avec quelques adaptations, aux fonctionnaires par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. Dans le secteur privé, les conditions d'ouverture et de recours au congé ont été élargies et assouplies, afin de favoriser le recours à ce type de congé spécifique. Le proche ouvrant droit à ce congé peut être :

- Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- L'ascendant, le descendant de la personne aidante, l'enfant dont l'aidantassume la charge au sens des prestations familiales ;
- Le collatéral jusqu'au quatrième degré (frère, sœur, oncle, tante, neveux, nièces, grands-oncles et tantes, petits-neveux et nièces, cousins et cousines germains), l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4e degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle l'aidant a conclu un PACS ;
- La personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Néanmoins, l'absence d'indemnisation du congé de proche aidant est aujourd'hui un obstacle à sa mobilisation, rendant ce congé en pratique ineffectif[3] alors même que certains salariés sont contraints d'aménager, de réduire voire de cesser, leur activité pour s'occuper d'un proche (environ 14 % des aidants qui travaillent[4]), subissant une perte de revenus et les éloignant durablement du monde du travail.

---

[1] Enquête Handicap Santé Ménages de la DREES de 2008.

[2] Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri (DREES), 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Études et Résultats, n° 1103, DREES.

[3] A titre d'illustration et alors que le recours à ce congé donne accès à la constitution de droits à la retraite, seule une dizaine de droits sont ouverts à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) au titre du congé de proche aidant.

[4] Enquête DREES de 2008 précitée.

Face à ces constats, plusieurs rapports ont recommandé l'indemnisation du congé de proche aidant, à l'instar de celui du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge relatif à la prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants du 1er décembre 2017, mais aussi celui de la mission de Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées « Préserver nos aidants : une responsabilité nationale », remis le 19 juin 2018.

Il s'agit d'une attente forte des associations représentatives des aidants mais aussi des parlementaires, cette mesure ayant fait l'objet de deux récentes propositions de loi :

- Proposition de loi relative à la reconnaissance sociale des aidants, déposée par le député Pierre Dharréville le 24 janvier 2018 (renvoyée en commission lors de la séance publique du 8 mars 2018) ;
- Proposition de loi favorisant la reconnaissance des proches aidants, déposée par la sénatrice Jocelyne Guidez au Sénat (promulguée le 23 mai 2019, et ne comportant plus à l'issue des débats parlementaires, contrairement au texte initial, d'indemnisation de ce congé).

A plusieurs reprises et notamment lors des débats parlementaires, le Gouvernement s'est engagé à indemniser le congé de proche aidant en renvoyant la définition du mécanisme aux travaux de l'atelier « Aidants, famille et bénévolat » de la concertation « Grand âge et autonomie ». Ainsi, le rapport remis par Dominique Libault au Gouvernement en dessine les grandes lignes (proposition 24).

Il s'agit de marquer une reconnaissance forte de la solidarité familiale incarnée par l'apport gratuit et informel des aidants engagés au quotidien auprès de leurs proches. Une indemnisation de ce congé permettrait d'apporter un soutien aux aidants de personnes âgées et handicapées les plus dépendantes, en limitant les conséquences négatives de ce choix tant sur leur carrière que sur leurs revenus et en participant dès lors à une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et personnelle des aidants.

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

a) Mesure proposée

La mesure proposée consiste à indemniser le congé de proche aidant pendant 3 mois ouvrés pour l'ensemble de la carrière. Cette mesure permettrait d'améliorer l'utilisation de ce droit à congé et partant, d'en garantir un recours effectif. La durée proposée vise à permettre de faire face à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps, comme à un besoin urgent ponctuel important (évolution brutale de la situation de la personne aidée ou de son environnement, alors que la modification des modalités d'accompagnement – renforcement de l'aide à domicile, entrée en EHPAD, etc. – ne peut pas toujours avoir lieu immédiatement). En effet, l'allocation pourra indemniser des jours pris consécutivement, de manière fractionnée ou en complément d'une activité à temps partiel.

Cette période de 3 mois correspond à la durée maximum du congé pris de manière continue, en l'absence de durée différente prévue par accords collectifs.

Les montants de cette allocation journalière du proche aidant (AJPA), fixé par décret, pourraient être alignés sur ceux de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) pour une personne seule à hauteur de 52€ par jour et 43€ par jour pour les personnes vivant en couple. L'allocation sera assujettie à prélèvements sociaux.

En conséquence, dans un objectif de reconnaissance et de soutien de la solidarité familiale à laquelle le Gouvernement est attaché, cette allocation serait servie par les CAF et caisses de Mutualité sociale agricole, avec remboursement de la branche famille, y compris sur ses frais de gestion, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Par ailleurs, le bénéficiaire de l'AJPA ne devra plus comme aujourd'hui faire la demande d'affiliation à l'assurance vieillesse des parents au foyer du régime général (AVPF) auprès de sa CAF ou caisse de MSA pour la reconnaissance de droits à retraite, le bénéfice de l'indemnisation du congé de proche aidant entrainant automatiquement calcul des droits au titre de l'AVPF. L'affiliation à l'AVPF sur demande l'aidant sera quant à elle maintenue pour les périodes de congé de proche aidant non indemnisées. Les CAF ou les caisses de MSA seront remboursées par la CNSA.

Cette mesure s'appliquera également aux travailleurs non-salariés comme aux agents publics.

En outre, s'agissant des fonctionnaires, ceux-ci, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'AJPA, ne seront pas affiliés à l'AVPF dès lors que le congé de proche aidant est déjà pris en compte pour la liquidation de la pension civile du régime spécial de retraite.

La mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret et en tout état de cause au plus tard au 1er octobre 2020.

Enfin, un rapport sera remis au Parlement, au plus tard le 1er janvier 2022, afin d'évaluer le recours à cette nouvelle allocation (nombre de bénéficiaires, la durée de versement moyenne de l'allocation, pertinence du montant, etc.), et le cas échéant prévoir des adaptations notamment en ce qui concerne une éventuelle harmonisation des congés de proche aidant, de solidarité familiale et de présence parentale et les modalités de leur indemnisation qui pourraient, de ce fait, évoluer.

b) Autres options possibles

- Indemniser le congé de proche aidant pendant toute sa durée, soit 253 jours au plus sur l'ensemble de la carrière de l'aidant. Cette option est néanmoins écartée, en raison des coûts élevés qu'elle pourrait induire.
- S'inspirer des modèles européens :
    - en Suède, le salarié aidant en congé bénéficie d'un maintien de son salaire à hauteur de 80 %, dans la limite de 2 700 € par mois, pendant 100 jours au plus.
    - En Allemagne, où il existe plusieurs congés différents : l'aidant peut bénéficier d'un congé de courte durée pour faire face à l'apparition de la dépendance d'un proche, indemnisé (10 jours). L'indemnisation compense 67 % de la perte du salaire brut (soit 90 % du salaire net). Lorsque l'aidant prend un congé de longue durée (24 mois) en temps partiel, la perte de revenus consécutive est prise en charge à hauteur de 50 %.
    - Au Royaume-Uni ou en Espagne, le congé n'est pas indemnisé mais l'aidant perçoit du système public une allocation mensuelle indemnisant son implication.

Le principe d'indemnisation de ce congé exceptionnel sur une durée de trois mois retenu dans cette mesure vise plutôt à accompagner l'aidant face à une situation difficile temporaire, libérant le temps de trouver des solutions institutionnelles adaptées à la prise en charge de la personne aidée.

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

1° La mesure pèse directement sur l'équilibre financier de la branche maladie au sens du 2° du B du V du LO 111-3 et du D du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale puisque la création de l'allocation journalière de proche aidant aura un impact significatif et pérenne sur le niveau de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA et par suite sur le régime d'assurance maladie obligatoire.

Le montant estimatif des réserves de la CNSA fin 2019 est de 619 M€. Le niveau du prélèvement sur réserves dans la construction de l'OGD, à ce jour, est de 247 M€. La part nécessaire au financement de l'AJPA affectera très significativement les réserves disponibles sur les prochains exercices pour le financement de l'OGD.

2° Par ailleurs, la mesure ouvre le benéfice de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) aux bénéficiaires de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA). Les cotisations dues au titre de de l'AVPF seront remboursées par la CNSA à la CNAF, branche finançant les futurs droits au titre de l'AVPF. La branche famille, qui transférera les produits de ces nouvelles recettes à la CNAV pour ouvrir des droits retraite à terme à ces bénéficiaires. Ces recettes, estimées entre 10 et 20M€ par an ont un effet direct sur l'équilibre de la branche vieillesse au sens du 2°du B du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, sans contrepartie à court terme en dépenses. Les droits qui seront ouverts lors de la liquidation des pensions auront également un impact à terme sur les dépenses de la branche vieillesse au sens du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

3° La mesure a un effet significatif sur la trésorerie de la CNAF qui supportera, avant d'être remboursée par la CNSA, l'avance d'un montant de 109 M€ en année pleine au titre non seulement de l'allocation journalière du proche aidant mais également des montants versées au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyers (AVPF). La mesure entre donc dans le champ de la LFSS au titre du 4° du B du V de l'article LO 111-3 du CSS.

4° Enfin, les frais de gestion de la CNAF, que la CNSA remboursera, sont estimés à 1,5 M€ par an. La mesure entre donc dans le champ de la LFSS au titre du 3° du C du V de l'article LO 111-3 du CSS.

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

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

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. Il en va de même du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, s'agissant d'une mesure également profitable aux aidants de personnes handicapées.

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'art. 48 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 Etats membres demeurent souverains pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale.

Enfin, la directive européenne du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants prévoit que les Etats membres de l'Union européenne prennent les mesures nécessaires pour que les travailleurs aidants aient le droit de prendre un congé d'aidant. Notamment, en son considérant (32), les Etats membres sont encouragés à indemniser ce congé afin de garantir le recours effectif à ce congé. La mesure proposée est donc de nature à renforcer le droit à congé actuel et s'inscrit dans la pleine application de cette directive.

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 nécessite l'insertion des articles L.168-8 à L.168-14 nouveaux dans le code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune disposition ne sera 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, 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'estimation s'appuie sur les conditions légales d'ouverture du congé, rapportées aux données de l'enquête « Handicap-Santé-Aidants informels » (HSA) de la DREES de 2008, dernière enquête fournissant des indications sur le profil des aidants de personnes handicapées et âgées - l'enquête DREES analysée en en 2019 ne portant que sur les aidants de personnes âgées sans remettre en cause les chiffres de 2008 - avant application d'un taux de recours. Ainsi, en tenant compte des bénéficiaires de l'APA à domicile - GIR 1 à 3 - et des bénéficiaires de l'AAH1, près de 270 000 salariés aidants pourraient prétendre à l'indemnisation du congé de proche aidant (estimation DREES).

L'estimation budgétaire dépend en outre du taux de recours au dispositif. Le coût de la mesure est directement proportionnel au taux de recours, sur lequel, en l'absence d'utilisation effective actuellement du dispositif, il ne peut être émis que des hypothèses par construction fragiles. Il est cependant estimé que le taux de recours pourrait en cas de succès de la mesure atteindre entre 15 % (sur la base de 14 % de réduction ou de cessation d'activité selon l'enquête HSA) et 25 % (en supposant que l'indemnisation conduira à une hausse du taux de recours). De même, il s'agit de décliner un coût annuel alors même que le droit est ouvert sur l'ensemble de la carrière de l'aidant, ce qui peut induire des comportements de recours (recours limité aux cas extrêmes pour se garder une possibilité d'y recourir ultérieurement, etc.) difficiles à quantifier.

Il est fait trois hypothèses :

- les recourants au dispositif utiliseront leur droit durant la durée de dépendance de la personne aidée : en moyenne 4 ans pour les aidants d'une personne bénéficiaire de l'APA et 18 ans pour les aidants d'une personne bénéficiaires de l'AAH (source Drees). Ainsi, chaque année, 23 000 salariés aidants APA et 10 000 salariés aidants AAH seront nouvellement éligibles au dispositif, dont 15% (ou 25%) le mobiliseront ;
- la population concernée par le dispositif au moment de l'entrée en vigueur de la mesure y recourra de manière lissée sur les 10 premières années (de 2020 à 2029), ci-dessous nommé « effet rattrapage du stock » ;
- 45% des recourants au dispositif seront des personnes isolées.

Les coûts budgétaires seront ainsi supérieurs les premières années en raison de l'accès au dispositif du « stock » de bénéficiaires : pour un périmètre incluant les fonctionnaires, en tenant compte de l'application d'une CSG à 6,2 % et de la CRDS et d'un niveau net versé équivalent à celui de l'AJPP (i.e. compensant l'effet des prélèvements sociaux) et avec des montants fixés pour les personnes isolées ou les aidants vivant en couple au niveau des montants de l'AJPP, ces coûts sont évalués respectivement entre 27 M€ (15 %) et 45M€ (25 %) en 2020 (effet estimé avec une entrée en vigueur au 1er juillet 2020, étant rappelé que la mesure entrera en vigueur à une date fixée par décret et en tout état de cause au plus tard au 1er octobre 2020), puis entre 54 M€ (15 %) et 89 M€ (25 %) jusqu'à la fin de l'effet rattrapage du stock. Les coûts annuels sont ensuite estimés entre 21 M€ (15 % de taux de recours) et 35 M€ en année pleine (25 %), après disparition du stock actuel des bénéficiaires. L'assujettissement de cette prestation à la CSG (au taux de 6,2 %, conformément à la nature de revenus de remplacement de ces sommes) et à la CRDS aura un effet direct sur les recettes de sécurité sociale de 5 M€ en année pleine et 2,5 M€ en 2020.

Par ailleurs, l'allocation ouvrira automatiquement des droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), lesquels auront un impact à court terme sur les recettes de la CNAV (entre 10 et 20M€ en année pleine selon le taux de recours) et à terme sur les dépenses de la CNAV au moment de la liquidation de la pension.

Synthèse des différents coûts pluriannuels de l'allocation journalière de proche aidant avec une entrée en vigueur au 1er juillet 2020

	Second semestre 2020	2021	2022	2023
Taux de recours de 15 %	27 M€	54 M€	54 M€	54 M€
Taux de recours de 25 %	45 M€	89 M€	89 M€	89 M€

Impact financier pour la CNSA au titre de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

	Second semestre 2020	2021	2022	2023
Taux de recours de 15 %	30 M€	64 M€	64 M€	64 M€
Taux de recours de 25 %	54 M€	108 M€	109 M€	109 M€

Les CAF ouvrent automatiquement les droits à l'AVPF en cas de versement de l'indemnisation au titre du congé de proche aidant. Elles assurent le suivi pour chaque aidant du décompte des 66 jours indemnisés au cours de sa carrière. La compensation par la CNSA, à la CNAF s'effectue à chaque exercice financier. La CNAF procède au versement des montants dus au titre des droits AVPF à la CNAV

Impact financier pour les régimes de base de sécurité sociale

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020	2021	2022	2023
Recettes CSG-CRDS Recettes pour la CNAV		+ 2,5M€ Entre +4 et +9M€	+ 5M€ Entre +10 et +19M€	+ 5M€ Entre +10 et +20M€	+ 5M€ Entre +10 et +20M€
Total pour les organismes de sécurité sociale		Entre +6,5 et +11,5M€	Entre +15 et +24M€	Entre +15 et +25M€	Entre +15 et +25M€

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

Par ailleurs, les prélèvements sur les réserves de la CNSA impacteront la construction de l'ONDAM 2020 et suivants.

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

a) impacts économiques

Cette mesure ne devrait pas avoir d'effet significatif de réduction du nombre d'heures travaillées, dans la mesure où elle vise avant tout des aidants interrompant de fait déjà partiellement ou totalement leur activité, de manière ponctuelle ou non, pour s'occuper de leur proche. Par son effet d'aide à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, elle peut en revanche favoriser le maintien durable en emploi, avec un effet positif sur le taux d'emploi.

b) impacts sociaux

Cette mesure aurait un impact positif sur la situation des aidants de personnes âgées et handicapées lourdement dépendantes (GIR 1 à 3 et taux d'incapacité permanente d'au moins 80%), en rendant effectif le droit à un congé de proche aidant et en limitant les effets négatifs sur leurs revenus ainsi que sur leur carrière. Elle favorise ainsi la conciliation de la vie professionnelle avec les exigences soulevées par l'aide ponctuelle ou régulière apportée à un proche, sans avoir à subir une baisse immédiate de salaire, ni à refuser voire quitter certains emplois. L'indemnisation durant les 3 premiers mois du congé de proche aidant pourra également permettre de trouver d'autres modalités d'organisation si l'implication de l'aidant devait perdurer.

En outre, cette mesure pourrait avoir pour effet de baisser le nombre d'arrêts maladie pris par ces aidants, plus vulnérables et particulièrement exposés.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet

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

Cette mesure peut permettre aux personnes en situation de handicap de sortir d'un phénomène de culpabilisation vis-à-vis de l'implication et des conséquences négatives de leur situation pour leur proche aidant. Elle permettra, de ce fait, d'améliorer la relation du « couple aidant/aidé ».

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

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

Cette mesure participe aussi pleinement au soutien de l'égalité entre les femmes et les hommes.

En effet, 60 % des aidants salariés sont des femmes. Celles-ci sont donc particulièrement exposées aux conséquences négatives que l'aide apportée peut avoir sur leur carrière professionnelle, sur leurs revenus, leurs droits à retraite, leur santé et leur vie familiale et personnelle.

Cette mesure, par l'instauration d'un droit effectif au congé de proche aidant et une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et le rôle d'aidant, permet donc de limiter les impacts négatifs en particulier pour les aidants les plus vulnérables sur le marché du travail. Elle participe ainsi à la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes.

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

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

Cette mesure nécessitera une demande spécifique de la part de l'aidant. Des dispositions règlementaires détermineront les modalités pratiques de cette demande, qui devra être effectuée auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales.

Ce schéma s'inscrit dans le même circuit garantissant l'ouverture de droits à retraites lorsque l'aidant bénéfcie de l'AJPA: celui-ci est affilié à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) du régime général par sa CAF ou caisse de MSA : il n'y aura plus de demande à effectuer à ce titre, les CAF et caisses MSA ouvrant automatiquement les droits à l'AVPF en cas de versement de l'indemnisation au titre du congé de proche aidant. Pour l'ensemble des démarches (droits à retraites et demande d'allocation journalière), l'interlocuteur serait donc unique.

Les CAF et caisses de la MSA assureront le suivi pour chaque aidant du décompte des 66 jours indemnisés au cours de sa carrière.

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

Les systèmes d'information des CAF et caisses de MSA devront être adaptés pour gérer cette allocation.

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

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

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

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

Un décret devra fixer les modalités d'application, notamment le montant de l'allocation et les conditions de versement.

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 regard des besoins d'adaptation des systèmes d'information, une application à une date fixée par décret et en tout état de cause au plus tard au 1er octobre 2020 est prévue.

La mesure s'appliquera, pour toute demande d'allocation journalière du de proche aidant déposée et pour les jours de congé pris à compter de cette date, et le cas échéant, dans la limite du droit à congé de proche aidant restant disponible.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

La mesure nécessite la mise à jour des sites internet de la CNAF et de la CCMSA. L'information devra en outre être diffusée plus largement auprès des aidants, via par exemple le site internet de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure sera réalisé via le suivi des comptes des organismes de sécurité sociale prestataires de l'allocation et de la CNSA.

Un suivi trimestriel sera également fourni, il comprendra à minima le nombre de bénéficiaires et le nombre d'allocations servies.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de l'action sociale et des familles	
Article L. 14-10-9 (actuel)	**Article L. 14-10-9 (modifié)**
Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes : a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée. Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet. b) A la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au b.	Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa **du VI** de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes : a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée. Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution. En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet. b) A la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. **c) Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale ;**

	Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au **présent** b..
Article L. 262-46 (actuel)	**Article L. 262-46 (modifié)**
(…) A défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales et de la prime d'activité mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 841-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. (…)	(…) A défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre **de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale,** des prestations familiales et de la prime d'activité mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 841-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. (…)
Code de la sécurité sociale	
Article L. 133-4-1 (version à venir au 1er janvier 2020, post art. 77 LFSS pour 2019 et ordonnance du 24 juillet 2019)	**Article L. 133-4-1 (modifié)**
(…) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Préalablement à l'exercice du recours mentionné à l'article L. 142-4, l'assuré peut, dans un délai déterminé à compter de la notification de l'indu, par des observations écrites ou orales, demander la rectification des informations le concernant, lorsque ces informations ont une incidence sur le montant de cet indu. L'assuré justifie de sa demande par tous moyens en sa possession. Sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'exercer le recours mentionné à l'article L. 142-4, l'indu est mis en	(…) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve ~~que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et~~ **des dispositions des quatrième à neuvième alinéas et si l'assuré** n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées **à l'article L. 168-8,** aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Préalablement à l'exercice du recours mentionné à l'article L. 142-4, l'assuré peut, dans un délai déterminé à compter de la notification de l'indu, par des observations écrites ou orales, demander la rectification des informations le concernant, lorsque ces informations ont une incidence sur le montant de cet indu. L'assuré justifie de sa demande par tous moyens en sa possession. Sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'exercer le recours mentionné à l'article L. 142-4, l'indu est mis en

recouvrement au plus tôt, dans les conditions prévues par le présent article : 1° Soit à l'expiration du délai mentionné au troisième alinéa lorsque l'assuré n'a pas exercé, à cette date, le droit de rectification mentionné à ce même alinéa. Sans préjudice des dispositions du présent alinéa, la demande de rectification présentée postérieurement au délai mentionné au troisième alinéa est réputée être exercée dans les conditions du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 ; 2° Soit, en cas d'exercice de ce droit de rectification : a) Au terme d'un délai déterminé suivant l'expiration d'un délai valant décision implicite de rejet ; b) Ou dès la notification de la décision du directeur à l'assuré lorsque cette notification intervient avant l'expiration du délai valant décision implicite de rejet mentionné à l'alinéa précédent. Un décret en Conseil d'Etat fixe : 1° Le délai mentionné au troisième alinéa ; 2° Les délais mentionnés au a du 2° ; 3° Les mentions devant figurer sur la notification de l'indu, qui comportent obligatoirement le délai mentionné au troisième alinéa et les voies et délais du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4.	recouvrement au plus tôt, dans les conditions prévues par le présent article : 1° Soit à l'expiration du délai mentionné au ~~troisième~~ **quatrième** alinéa lorsque l'assuré n'a pas exercé, à cette date, le droit de rectification mentionné à ce même alinéa. Sans préjudice des dispositions du présent alinéa, la demande de rectification présentée postérieurement au délai mentionné au ~~troisième~~ **quatrième** alinéa est réputée être exercée dans les conditions du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 ; 2° Soit, en cas d'exercice de ce droit de rectification : a) Au terme d'un délai déterminé suivant l'expiration d'un délai valant décision implicite de rejet ; b) Ou dès la notification de la décision du directeur à l'assuré lorsque cette notification intervient avant l'expiration du délai valant décision implicite de rejet mentionné à l'alinéa précédent. Un décret en Conseil d'Etat fixe : 1° Le délai mentionné au ~~troisième~~ **quatrième** alinéa ; 2° Les délais mentionnés au a du 2° ; 3° Les mentions devant figurer sur la notification de l'indu, qui comportent obligatoirement le délai mentionné au ~~troisième~~ **quatrième** alinéa et les voies et délais du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4.
Article L. 136-8 (actuel)	**Article L. 136-8 (modifié)**
(…) II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ; 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. (…)	(…) II.-Par dérogation au I : 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ~~ainsi que~~**,** les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles **ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 du présent code ;** 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 8,3 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité. (…)
	Chapitre VIII bis (nouveau) **Allocation journalière du proche aidant**
	Article L. 168-8 (nouveau)
	Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code, ainsi

	que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.
	Article L. 168-9 (nouveau)
	Le montant de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 est défini par décret. Ce montant est majoré selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée. **Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.** **Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.** **Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.**
	Article L. 168-10 (nouveau)
	L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245 12 du code de l'action sociale et des familles. **L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :** **1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;** **2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;** **3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;** **4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;** **5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;** **6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;** **7° L'allocation aux adultes handicapés ;** **8° L'allocation journalière de présence parentale ;** **9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;** **10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.** **Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation**

	mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
	Art. L. 168-11 (nouveau)
	L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.
	L. 168-12 (nouveau)
	L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent selon les délais prévus à l'article L. 553-1.
	Art. L. 168-13 (nouveau)
	Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, et sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code. **Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées à l'alinéa précédent, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues par ce même alinéa.** **Les dispositions des quatrième à treizième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.**

	Art. L. 168- 14 (nouveau)
	Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours administratif préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4. **Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.** **Le bénéficiaire de l'allocation journalière proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.**
	Art. L. 168- 15 (nouveau)
	Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161 1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.
	Art. L. 168- 16 (nouveau)
	Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.
Article L. 355-3 (version à venir au 1er janvier 2020, post art. 77 LFSS pour 2019 et ordonnance du 24 juillet 2019)	**Article L. 355-3 (modifié)**
(..) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les	(…) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées **aux articles L. 168-8 et** ~~à l'article~~ L. 511-1, aux titres Ier à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les

retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Les dispositions des troisième à douzième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.	retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. Les dispositions des troisième à douzième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.
Article L. 381-1 (actuel)	**Article L. 381-1 (modifié)**
(…) Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. (…)	(..) ~~Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret~~. **La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.** (…)
Article L. 553-2 (version au 1er janvier 2020, post art. 77 LFSS pour 2019 et ordonnance du 24 juillet 2019)	**Article L. 553-2 (modifié)**
Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)	Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées **à l'article L. 168-8 et** aux titres II et IV du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)

Article L 815-11 (actuel)	Article L. 815-11 (modifié)
(…) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1 du présent code et à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.	(…) Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées **à l'article L. 168-8 et** au titre V du livre III, à l'article L. 511-1 du présent code et à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.
Article L. 821-5-1 (actuel)	**Article L. 821-5-1 (modifié)**
Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement ou des allocations de logement mentionnées à l'article L. 821-1, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)	Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, **soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8,** soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement ou des allocations de logement mentionnées à l'article L. 821-1, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)
Article L. 845-3 (actuel)	**Article L. 845-3 (modifié)**
(…) Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de prime d'activité par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au même premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre	(…) Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de prime d'activité par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au même premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales et des

des prestations familiales et des prestations, autres que l'allocation de logement, mentionnées, respectivement, par l'article L. 511-1 et par les dispositions du titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement et des allocations de logement régies par le livre VIII du code de la construction et de l'habitation, ainsi qu'au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)	prestations, autres que l'allocation de logement, mentionnées, respectivement, ~~par l'article~~ **aux articles L. 168-8 et** L. 511-1 et par les dispositions du titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement et des allocations de logement régies par le livre VIII du code de la construction et de l'habitation, ainsi qu'au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles. (…)

Article 46 - Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides pour améliorer le cadre actuel de la réparation forfaitaire des maladies professionnelles

I. Présentation de la mesure

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

La réparation des victimes de pesticides s'effectue principalement dans le cadre des assurances AT/MP du régime général et des régimes agricoles. Ainsi, deux tableaux de maladies professionnelles spécifiques aux pesticides ont été créés aux régimes agricoles, s'agissant de la maladie de Parkinson (tableau n°58) et des hémopathies malignes (tableau n°59), en 2012 et 2015.

Néanmoins, si les tableaux de maladies professionnelles sur lesquels repose l'assurance AT/MP permettent d'alléger la charge de la preuve pour les victimes, la réparation par ce biais ne couvre pas l'ensemble des personnes potentiellement exposées, comme les professionnels victimes d'une pathologie ne rentrant pas dans les critères des tableaux et les retraités non-salariés agricoles relevant d'un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT/MP obligatoire au 1er avril 2002. S'agissant des salariés du régime général, l'absence de tableaux de maladies professionnelles conduit à instruire leurs demandes de reconnaissance dans le cadre de comités dédiés (comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles).

Par ailleurs, les enfants dont la pathologie est directement liée à l'exposition professionnelle de l'un de leurs parents durant la période prénatale ne bénéficient, par construction, d'aucune indemnisation par les régimes AT/MP.

Il apparait donc nécessaire d'améliorer le dispositif actuel de reconnaissance et de réparation des pathologies liées à une exposition professionnelle aux pesticides.

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

a) Mesure proposée

Outre les travaux engagés en 2018 par le Gouvernement et les partenaires sociaux de la commission des pathologies professionnelles (CS4) et de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP) pour améliorer la couverture AT/MP du régime général et des régimes agricoles, la mesure envisagée consiste à centraliser au niveau d'un fonds d'indemnisation toutes les demandes de reconnaissances de maladies professionnelles du régime général et des régimes agricoles (y compris en Alsace-Moselle), en leur appliquant les règles de la couverture AT/MP, mais également à indemniser de manière équitable les victimes des pesticides exposées dans un cadre professionnel : extension de la couverture AT/MP aux non-salariés agricoles ayant accédé à la retraite avant 2002, extension de l'indemnisation aux enfants exposés pendant la période prénatale dans un contexte professionnel et amélioration de l'indemnisation des non-salariés agricoles pour la rapprocher de celle des salariés agricoles.

• La création d'un dispositif d'indemnisation sous forme de caisse pivot centralisant l'indemnisation des victimes professionnelles

La mesure consiste à créer un fonds d'indemnisation adossé à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Le fonds d'indemnisation fera office de caisse pivot, assurant de manière centralisée, en lieu et place des organismes de sécurité sociale aujourd'hui compétents (100 CPAM,35 caisses de MSA et 3 caisses d'assurance accidents agricoles d'Alsace-Moselle), la reconnaissance et l'indemnisation des victimes professionnelles de pathologies liées aux pesticides, de manière à garantir une instruction homogène sur le territoire. Concernant les exploitants agricoles, le fonds sera ouvert aux populations actuellement non couvertes (soit certains retraités et conjoints ayant travaillé dans l'exploitation agricole avant la mise en place, respectivement, de l'assurance AT/MP obligatoire et du statut de conjoint collaborateur).

Il instruira lui-même les demandes dans le cas où elles reposent sur les tableaux de maladies professionnelles, tels qu'actualisés suite aux travaux des partenaires sociaux de la CS4 et de la COSMAP. Il les transmettra, le cas échéant, en cas de non correspondance du dossier de demande aux tableaux de maladies professionnelles, à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) exclusivement dédié aux pesticides et internalisé au sein du fonds. Un service médical au sein du fonds sera chargé d'évaluer le taux d'incapacité permanente dont dépend le montant du capital ou de la rente viagère versée à la victime.

La réparation sera calculée selon les règles de droit commun de l'assurance AT/MP, les victimes bénéficiant des mêmes prestations, en nature et en espèces, que les victimes d'autres accidents du travail ou maladies professionnelles. Le fonds aura cependant vocation à améliorer le niveau d'indemnisation des non-salariés agricoles (y compris ceux d'entre eux qui relèvent du régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle), en leur attribuant un complément d'indemnisation permettant de porter leur réparation à un niveau aligné sur celui des salariés. Cette

amélioration de la réparation pour les exploitants agricoles victimes des pesticides s'étendra également aux actifs assimilés (cotisants de solidarité, à savoir les chefs de très petites exploitations, membres de la famille – conjoints collaborateurs et aides familiaux), ainsi qu'aux retraités dont le caractère professionnel de la maladie est reconnu.

Cette instruction centralisée, conduite sur la base des règles applicables aux salariés du régime général et des régimes agricoles, permettra de résoudre les difficultés actuelles liées aux délais d'instruction et en garantissant une stricte homogénéité des décisions rendues sur le territoire. Le fonds offrira un cadre global permettant une plus grande équité entre les victimes en harmonisant les procédures de gestion et avis d'orientation vers le CRRMP spécialisé. Elle facilitera également la mise à disposition des données scientifiques et financières pour assurer le pilotage du fonds.

- ***Le fonds garantira en outre l'indemnisation des enfants exposés durant la période prénatale dans un environnement professionnel***

L'instruction des demandes sera faite par une commission indépendante spécialement constituée au sein du fonds, composée notamment d'experts médicaux, d'épidémiologistes, de spécialistes en droit de la réparation du dommage corporel et de spécialistes de la prise en charge médico-sociale. Elle sera chargée de rechercher les circonstances exactes de l'exposition et ses conséquences sur l'état de santé de la victime. Sur cette base, cette commission indépendante devra caractériser le lien d'imputabilité entre l'exposition professionnelle des parents et l'état de santé de la victime, en procédant à toutes les investigations et expertises utiles sans que le secret professionnel ou industriel ne puisse lui être opposé. Une fois l'imputabilité établie, la commission statuera sur l'évaluation des préjudices indemnisables et les besoins de compensation spécifiques, le cas échéant en orientant la victime vers une prise en charge médico-sociale adaptée. Sur la base du rapport de la commission, le fonds formulera une offre d'indemnisation forfaitaire selon un référentiel indemnitaire fixé au préalable par un conseil de gestion créé au sein du fonds.

- ***Les victimes couvertes par le fonds conserveront la possibilité de saisir les juridictions de droit commun pour obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé***

La réparation forfaitaire versée selon les règles de droit du régime AT/MP ou le référentiel du fonds ne sera pas exclusive de toute autre indemnisation, les victimes couvertes conservant la possibilité de saisir les juridictions de droit commun pour obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé.

Pour les victimes dont la pathologie aura été reconnue en maladie professionnelle, les dispositions de droit commun sur la faute inexcusable ou intentionnelle resteront applicables à l'égard de l'employeur[1]. Pour l'ensemble des victimes, que la pathologie ait été ou non reconnue en maladie professionnelle, la responsabilité des auteurs potentiellement fautifs pourra être recherchée sur les fondements juridiques de droit commun. Dans ces hypothèses, le fonds aura la capacité d'intervenir volontairement au soutien des demandes de la victime et dans le but de récupérer auprès du responsable les indemnisations versées en sa qualité de créancier subrogé.

Cette réparation, complémentaire à celle du fonds, serait intégrale puisque reposant sur la caractérisation d'une faute, fondement légitime d'une telle indemnisation en droit commun. Elle préservera ainsi la cohérence d'un dispositif focalisé sur la réparation forfaitaire des victimes professionnelles étendue aux conjoints et retraités, ou des enfants exposés durant la période prénatale, sans préjuger des décisions souveraines de l'autorité judiciaire sur les responsabilités civiles et pénales encourues par ailleurs.

b) Autres options possibles

Une autre option aurait consisté à créer un fonds d'indemnisation de toutes les victimes de pesticides calqué sur le dispositif du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), visant la réparation intégrale de toutes les victimes potentielles, professionnelles et environnementales, sur la base d'une présomption d'imputabilité et la consécration d'une reconnaissance préalable de responsabilité.

Le précédent du FIVA et la singularité de ce dispositif ne sont cependant pas transposables à l'indemnisation des victimes de pesticides, le contexte actuel dans lequel la mesure est présentée étant sensiblement différent de celui dans lequel a été créé le FIVA. De nombreuses incertitudes scientifiques demeurent quant aux effets sur la santé des expositions environnementales, ne permettant de poser le principe d'une présomption d'imputabilité comparable à celle appliquée aux pathologies symptomatiques d'une exposition à l'amiante. Les pathologies suspectées ne sont pas exclusives de toute autre cause par ailleurs. Enfin, le cadre légal et réglementaire des produits en cause est sensiblement différent de celui de l'amiante dont l'usage était interdit au jour de la création du FIVA : la plupart des pesticides sont toujours autorisés, ce qui pose la question d'un traitement différencié par rapport aux pathologies engendrées par d'autres autres produits autorisés, par exemple les poussières de bois, les amines aromatiques ou encore les « produits noirs » (goudron, asphalte, houille…).

[1] Article L. 452-1 du code de la sécurité sociale.

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

La création d'un dispositif d'indemnisation des victimes de pesticides pour l'instruction et la reconnaissance des AT/MP implique l'intervention du législateur dans la mesure où elle déroge au droit commun fixé par le code de la sécurité sociale et le code rural et de la pêche maritime.

Cette mesure, qui devrait générer une augmentation des demandes d'indemnisation, aura un impact financier pérenne sur l'équilibre financier des branches AT/MP du régime général et des régimes agricoles et relève à ce titre des dispositions du 1° du C du V l'article LO. 111-3 du CSS.

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

Les conseils de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT/MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

En particulier, l'indemnisation par le fonds n'exclut pas la possibilité d'engager, au contentieux, la responsabilité pour produits défectueux du fabricant de pesticides, dans le cadre du régime spécial de responsabilité mis en place par la directive 85/374 du 25 juillet 1985 relative au rapprochement des dispositions législatives, règlementaires et administratives des Etats membres en matière de responsabilité du fait de produits défectueux.

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

a) Possibilité de codification

Il est proposé de codifier les nouvelles dispositions au livre IV du code de la sécurité sociale et, s'agissant de la gestion et du financement du dispositif, aux livres II et VII du code rural et de la pêche maritime.

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 par renvoi déjà en vigueur*
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 coût financier de la mesure est évalué à 13,8 M€ pour la première année de mise en œuvre du fonds, à 40 M€ en 2021 et à 53 M€ en 2022, non compris les dépenses afférentes à la hausse du taux de recours générée par l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles (évaluées à 26 M€ en 2020 et 52 M€ en 2021 et 2022) qui relève du droit commun des régimes AT/MP, sans que l'indemnisation des victimes professionnelles du chlordécone (dont les estimations reposent sur une fourchette extrêmement large dans l'attente de la finalisation des travaux de l'ANSES et des partenaires sociaux, avec des montants qui pourraient s'élever entre 2 et 27 M€ par an) n'ait pu être précisément intégrée à ce stade.

Ce coût global intègre les charges nouvelles liées, s'agissant des victimes professionnelles, à l'extension de la réparation aux personnes aujourd'hui non couvertes par les régimes agricoles (retraités, conjoints) et au complément de réparation, par rapport aux règles de droit commun, versé aux non-salariés agricoles auxquelles s'ajouteront celles concernant les victimes professionnelles du chlordécone et les dépenses liées à l'indemnisation des enfants exposés pendant la période prénatale (pour lesquelles des chiffrages ne peuvent être établis faute de données épidémiologiques).

Le coût se répartit de la manière suivante :

	2020	2021	2022
Couverture des retraités NSA	10,9	31,5	42
Complément d'indemnisation des NSA	2,9	8,5	11
Total	13,8	40	53

Erreur ! Liaison incorrecte. La couverture de ces dépenses, ainsi que de celles liées à l'indemnisation des enfants, se fera par l'affectation d'une ressource fiscale assise sur les ventes de produits phytopharmaceutiques. Le plafond de cette taxe est fixé à 3,5% sur la base des dépenses prévisionnelles à échéance 2030. Les taux applicables chaque année seront quant à eux précisés par arrêté et calibrés de manière à couvrir les besoins du fonds tout en garantissant un niveau de recette stable à l'ANSES : en 2020, le taux sera ainsi fixé à 0,9%. Il évoluera, le cas échéant, en fonction des dépenses prévisionnelles réajustées. À noter qu'un taux dérogatoire pour certains produits de biocontrôle pourra être fixé, comme c'est le cas à l'heure actuelle. Seul le rendement supplémentaire de la taxe par rapport à son rendement 2019 sera affecté au fonds d'indemnisation.

Les dépenses du fonds sont donc équilibrées par des recettes nouvelles et l'impact de cette mesure est globalement neutre sur les finances sociales.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
Dépenses supplémentaires du fonds		- 13,8	- 40	- 53	-53
Hausse de taux de la taxe sur les fabricants de produits phytopharmaceutiques		+13,8	+40	+ 53	+53

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

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

a) impacts économiques

La création du fonds et l'amélioration des conditions de reconnaissance des maladies professionnelles liées à l'utilisation des pesticides auront pour conséquence une augmentation des dépenses des régimes AT/MP concernés (régime général, régime des salariés agricoles, et régime des non salariés agricoles) dont le financement est assuré par des cotisations pesant sur les employeurs et les exploitants agricoles qui augmenteront donc en conséquence.

La mesure sera également financée, s'agissant du complément d'indemnisation pour les non-salariés agricoles, de la couverture des retraités non-salariés agricoles et de l'indemnisation des enfants, par un relèvement de la taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de produits phytopharmaceutiques (article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime), susceptible de conduire à une hausse des coûts et des prix, les fabricants pouvant reporter une partie du relèvement de la taxe sur les utilisateurs.

b) impacts sociaux

La mesure constitue une mesure de justice, de simplification et d'équité à l'égard des assurés dans l'accès aux droits et prestations concernant les maladies professionnelles liées aux pesticides. L'ensemble des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles liées aux pesticides sera géré par un organisme unique, garant d'une équité de traitement et d'une uniformisation dans l'instruction des demandes.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Sans objet.

- ***impacts sur l'environnement***

La création du fonds d'indemnisation s'inscrit dans le cadre des démarches engagées par le Gouvernement en vue de la réduction de l'utilisation des pesticides (à hauteur de 25 % d'ici 2020 et de 50 % d'ici 2025, conformément aux objectifs fixés par le plan Ecophyto II de 2015). Ces démarches portent également sur l'amélioration des techniques d'application des produits et l'accentuation des efforts de recherche, de développement et d'innovation en vue du développement de techniques alternatives.

Dans ce contexte, la mise en place d'un fonds d'indemnisation permettra de renforcer la sensibilisation des publics concernés quant aux impacts potentiels sur la santé des pesticides, ce qui devrait constituer un levier supplémentaire d'incitation à la réduction de l'utilisation de ces produits et à la limitation de leur impact sur l'environnement.

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

Sans objet.

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

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

Comme dans le dispositif actuel, les assurés devront saisir leur CPAM ou caisse de MSA d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle : c'est ensuite la caisse qui, sur la base d'un premier examen du dossier par le médecin-conseil, transmettra la demande au fonds d'indemnisation sans démarche supplémentaire à accomplir par l'assuré.

Pour les enfants dont la maladie est susceptible d'être liée à l'exposition professionnelle de leurs parents aux produits phytopharmaceutiques, la demande sera déposée directement auprès du fonds.

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

Comme dans le cas d'autres dispositifs gérés par un régime pour le compte de populations relevant potentiellement de différents régimes, une convention de gestion sera conclue entre la CCMSA et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Elle viserait notamment à préciser les modalités selon lesquelles les dossiers déposés auprès des CPAM sont transmis au fonds dès lors qu'ils portent sur une exposition aux produits phytopharmaceutiques.

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

Dans la mesure du possible, la mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants. Cependant, des moyens humains et financiers sont nécessaires pour permettre au fonds de remplir pleinement cette mission au regard des objectifs recherchés, et la mise à disposition et la formation de personnels du régime général devront être examinées.

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 sera accompagnée de plusieurs textes d'application : un décret en Conseil d'Etat qui précisera les règles de fonctionnement du fonds et son articulation avec les CPAM et les caisses de MSA, la composition du conseil de gestion et de la commission indépendante et les délais d'instruction.. Les modalités de détermination des dotations du régime général et du régime des non salariés agricoles au régime des salariés agricoles « hébergeant » le fonds seront définies par décret.

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

Le fonds sera créé au 1er janvier 2020. Pour les victimes professionnelles, le délai de saisine du fonds sera le même que celui aujourd'hui prévu pour les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle (soit 2 ans après la première constatation médicale de la maladie) ; de manière transitoire toutefois, la saisine du fonds sera possible dans les 2 ans suivant sa création si le certificat médical initial établissant le lien possible entre la pathologie et l'exposition professionnelle a été délivré dans les 10 années précédentes (ce délai de 10 ans ne sera toutefois pas opposable aux non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant 2002 pour garantir l'accès à leurs droits).

De la même manière pour les enfants, l'application des règles de droit commun en matière de responsabilité médicale permettra de demander une indemnisation auprès du fonds dans les 10 ans suivant la consolidation de leur dommage. La saisine du fonds sera également possible, de manière transitoire et même si le délai de 10 ans a expiré, dans les 2 ans suivant sa création.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Circulaire, information sur le site ameli.fr.

d) Suivi de la mise en œuvre

Les recettes et les dépenses du fonds seront suivi dans le cadre des comptes de la branche AT/MP du régime des salariés agricoles.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime	Article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime (modifié)
I.-Il est perçu une taxe sur les produits phytopharmaceutiques bénéficiant, en application du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 21 octobre 2009, concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/ CEE et 91/414/ CEE du Conseil, et de l'article L. 253-1, d'une autorisation de mise sur le marché ou d'un permis de commerce parallèle.	I.-Il est perçu une taxe sur les produits phytopharmaceutiques bénéficiant, en application du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 21 octobre 2009, concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/ CEE et 91/414/ CEE du Conseil, et de l'article L. 253-1, d'une autorisation de mise sur le marché ou d'un permis de commerce parallèle.
II.-Cette taxe est due chaque année par le titulaire de l'autorisation ou du permis de commerce parallèle valides au 1er janvier de l'année d'imposition.	II.-Cette taxe est due chaque année par le titulaire de l'autorisation ou du permis de commerce parallèle valides au 1er janvier de l'année d'imposition.
III.-Elle est assise, pour chaque produit phytopharmaceutique mentionné au I, sur le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des ventes réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des produits qui sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne ou exportés hors de l'Union européenne.	III.-Elle est assise, pour chaque produit phytopharmaceutique mentionné au I, sur le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des ventes réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des produits qui sont expédiés vers un autre Etat membre de l'Union européenne ou exportés hors de l'Union européenne.
IV.-Le taux de la taxe, plafonné à 0,3 % du chiffre d'affaires mentionné au III, est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget. Le cas échéant, le montant de la taxe est arrondi à l'euro inférieur. Le seuil minimal de recouvrement est de 100 €.	IV.-Le taux de la taxe, plafonné à ~~*0,3 %*~~ **3,5%** du chiffre d'affaires mentionné au III, est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget. Le cas échéant, le montant de la taxe est arrondi à l'euro inférieur. Le seuil minimal de recouvrement est de 100 €.
V.-Une déclaration par autorisation de mise sur le marché ou par permis de commerce parallèle, conforme au modèle établi par l'administration, retrace les informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits donnant lieu au paiement de la taxe. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration, et au plus tard le 31 mai de chaque année.	V.-Une déclaration par autorisation de mise sur le marché ou par permis de commerce parallèle, conforme au modèle établi par l'administration, retrace les informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits donnant lieu au paiement de la taxe. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration, et au plus tard le 31 mai de chaque année.
VI.-Le produit de la taxe est affecté à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.	VI.-Le produit de la taxe est affecté : 1° A l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ~~*dans la limite*~~ **à hauteur** du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques~~.~~ **2° Au Fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3 , aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article**

	L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de ce même article, pour sa part restante.
VII.-Le recouvrement de la taxe est assuré par l'agent comptable de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, selon les procédures, sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires.	VII.-Le recouvrement de la taxe est assuré par l'agent comptable de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, selon les procédures, sûretés, garanties et sanctions applicables aux taxes sur le chiffre d'affaires.

Article 47 - Modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route : élargissement des missions du FMESPP au secteur médico-social

I. Présentation de la mesure

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

Des investissements importants peuvent être nécessaires à la modernisation et à la transformation des structures destinées à la prise en charge des accidentés de la route, dont la taille et la nature d'activité peuvent justifier un accompagnement spécifique au niveau national. En effet, bien que l'effort d'investissement soit dans une proportion très importante réalisé par les acteurs eux-mêmes par autofinancement ou par recours à l'emprunt, l'appui de l'échelon national peut être nécessaire pour conduire les opérations les plus lourdes. C'est la raison pour laquelle la mesure n° 4 du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) du 9 janvier 2018 prévoit la mise en place d'un accompagnement national à la modernisation des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation et des établissements et services médico-sociaux destinées à la prise en charge des accidentés de la route.

Conformément à l'article 89 de la loi de finances initiale pour 2019, le surcroît de recettes devant résulter de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes à partir du 1er juillet 2018, estimé à 26 M€ au titre du reste de l'année 2018, a été affecté aux ressources 2019 du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés afin de financer cet accompagnement.

Bien que la prise en charge des accidentés de la route dépende à la fois du secteur sanitaire et du secteur médico social, en 2019, seuls les établissements de santé, publics, privés non lucratifs et privés lucratifs ayant une activité de soins de suite et de réadaptation pourront recevoir un financement versé par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). En effet, les structures médico-sociales ne peuvent aujourd'hui percevoir des fonds en provenance du FMESPP.

Afin de permettre d'améliorer l'ensemble des échelons de la prise en charge des accidentés de la route, il est proposé, à compter de 2020, de modifier les dispositions législatives relatives au FMESPP pour lui permettre de financer des dépenses d'investissement au sein des structures médico-sociales dans le cadre des financements prévus par le CISR.

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

a) Mesure proposée

La mesure permet au FMESPP de financer, à compter de 2020, les dépenses d'investissement des établissements médico-sociaux, dans la limite des crédits alloués au fonds dans le cadre de l'engagement du CISR.

b) Autres options possibles

Aucune

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

Cette mesure a un impact sur la construction de l'ONDAM hospitalier, dans lequel est jusqu'à présent comptabilisée la totalité des dépenses du FMESPP. A ce titre, son impact 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° 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 de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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 compétences des Etats membres.

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

Sans objet

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

a) Possibilité de codification

Non

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Faute d'élargissement des missions du FMESPP, l'affectation des recettes reviendrait intégralement aux établissements sanitaires. La mesure permet une répartition différente entre sous-objectifs de l'ONDAM. Il est envisagé que le montant total des recettes liées aux amendes automatiques, 26 M€, soit réparti entre les champs sanitaires et médico-social en proportions des dépenses d'assurance maladie.Toutefois, le montant global de crédits alloués au FMESPP n'est pas affecté et l'impact financier est neutre.

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
ONDAM hospitalier				-6	
ONDAM médico-social				+6	

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

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

a) Impacts économiques

Appui à des opérations d'investissement dans le secteur médico-social.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

Néant

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

Amélioration de l'offre de prise en charge en établissement médico-social à destination des personnes en situation de handicap à la suite d'un accident de la route.

c) Impacts sur l'environnement

Aucun

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

Aucun

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

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

Aucun

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

Aucun

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.

Il sera nécessaire de prendre en compte l'élargissement du champ des établissements pouvant être financés dans les circulaires de délégation de crédit au FMESPP.

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 dispositions peuvent entrer en vigueur au 1er janvier 2020

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Aucune

d) Suivi de la mise en œuvre

Suivi du FMESPP dans les modalités de droit commun

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article 40 actuel de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	Article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001
I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.	I.-Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.
II. (abrogé)	II. (abrogé)
III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupements hospitaliers de territoire.	III.-Ce fonds finance des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupements hospitaliers de territoire.
Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.	Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant fait l'objet d'un accord avec le Gouvernement de la République française et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière.
III bis. (abrogé)	**III bis. Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits affectés au fonds conformément au II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006.**
III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.	III ter.-Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
III quater. (abrogé)	III quater. (abrogé)
III quinquies.-Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l' article L. 1111-24 du code de la santé publique .	III quinquies.-Le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre chargé de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l' article L. 1111-24 du code de la santé publique .
IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en	IV.-Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante. L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur. V.-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 et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel. V bis. (abrogé) VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI. VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires. Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année. IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.	L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur. V.-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 et, pour 2001, à 600 millions de francs, ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III. Le versement et la répartition entre les différents régimes sont réalisés dans des conditions fixées par décret. Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel. V bis. (abrogé) VI.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. VII.-L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI. VIII.-Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires. Le rapport annuel mentionné au premier alinéa ainsi que l'avis de la commission de surveillance du fonds sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 1er octobre de chaque année. IX.-Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 48 - Création du service public de versement des pensions alimentaires

I. Présentation de la mesure

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

La séparation des parents constitue un bouleversement de la vie du foyer qui impacte les membres qui le composent et oblige les parents à repenser leurs relations pour la poursuite de l'entretien et de l'éducation des enfants. Offrir aux parents séparés de nouveaux droits et de nouvelles garanties pour leur permettre de se concentrer sur les aspects essentiels de l'éducation et du developpement de l'enfant est apparu comme un enjeu majeur pour le Gouvernement, enjeu à la frontière des politiques prioritaires qu'il conduit depuis maintenant plus de deux ans que sont notamment la grande cause de l'égalité homme-femme et la prévention de la pauvreté.

Le Grand débat national a par ailleurs fait émerger avec force la problématique des difficultés auxquelles sont confrontées les familles en cas d'impayés de pension alimentaire. La question du versement de la pension alimentaire par le parent débiteur revêt en effet une importance souvent cruciale pour le foyer créancier de cette pension.

Si les connaissances statistiques sont en partie lacunaires concernant le paiement des pensions alimentaires dues au titre de l'obligation d'entretien et d'éducation de l'enfant, on estime que les pensions alimentaires représentent environ 4 Md€ versées chaque année à près d'un million de parents titulaires d'un titre exécutoire dont 53 % concernent des parents isolés et 47 % des parents remis en couple. Le montant moyen des pensions alimentaires est de 170 € par mois, le montant médian de 150 € et 20 % des pensions alimentaires sont inférieures à 100 €[1].

Les pensions alimentaires peuvent constituer une ressource très importante pour les familles monoparentales. D'après les données de l'INSEE, les pensions alimentaires reçues représentent en moyenne 18 % du revenu disponible du parent qui a la garde exclusive de l'enfant.

Or, suite à une séparation, de nombreux parents créanciers subissent des impayés de pension alimentaire.

Deux ans après le divorce, la pension alimentaire n'est pas versée ou de façon incomplète ou irrégulière dans 9 % des cas et n'est jamais versée dans 11 % des cas, selon les données du ministère de la Justice.

Selon le rapport de l'IGAS/IGF sur la création d'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire de 2016, le taux d'impayés de pensions alimentaires se situerait entre 20 % et 40 %. Si l'on prend une hypothèse moyenne de 30 % d'impayés, le nombre de foyers subissant des impayés de pensions alimentaires en France serait d'environ 300 000.

S'ajoute à ce constat une réalité moins objectivable, celle du rapport de force ou d'une pression psychologique, qui s'installe sur cette question entre un créancier et un débiteur et qui peut nuire au bien-être de l'enfant.

Pour apporter une solution à des situations d'impayés, une garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) a été mise en place en 2016 et une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (ARIPA) adossée aux services de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a été installée en janvier 2017. Cette agence s'est vu confier trois missions :

- le recouvrement des impayés de pension alimentaire et l'avance de l'allocation de soutien familial (ASF) lorsque le créancier est un parent isolé ;

- l'intermédiation financière sur décision du juge pour les créancières victimes de violences conjugales dès 2017 ;

- la délivrance de titres exécutoires sur la base d'un barème national aux parents concubins et pacsés qui se séparent, depuis juillet 2018.

Les missions confiées à l'ARIPA permettent ainsi d'apporter une aide importante aux familles monoparentales exposées au risque d'impayés de pensions alimentaires. Elle représente une dépense de 829 M€ pour la branche famille[2] qui verse un montant de 116 € au titre de l'allocation de soutien familial (ASF), ou un montant moindre lorsque l'ASF complète une pension alimentaire trop faible.

Afin d'accompagner les familles confrontées à un impayé de pension alimentaire et dans un objectif complémentaire de lutte contre la pauvreté (même si les missions de l'ARIPA concernent toutes les familles quelles que soient leurs ressources

[1] IGAS / IGF, 2016, » Création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires ».

[2] Soit sur les 1,6 milliards d'euros de dépenses d'ASF, au titre des situations suivantes qui sont couvertes par l'ARIPA :
L'ASF si le débiteur est hors d'Etat (notamment les parents débiteurs bénéficiaires du RSA) ;
L'ASF différentielle en cas de montant de pension alimentaire inférieure aux 116 € du montant de l'ASF (taux partiel) ;
L'avance en cas d'impayés de pensions alimentaires.
Ces montants ne prennent pas en compte les enfants dont la filiation n'est pas établie ou les orphelins.

confrontées à des impayés de pensions alimentaires), les actions menées ces dernières années ont eu pour objectif d'améliorer l'efficacité du recouvrement des pensions alimentaires en renforçant les procédures de recouvrement :

- la procédure de paiement direct (qui consiste en la possibilité de récupération des pensions alimentaires non versées ainsi que des frais de gestion auprès de tiers, employeurs, organismes bancaires, Pole emploi, etc.) utilisée par les caisses a été renforcée en permettant une récupération des sommes impayées sur les 24 derniers mois au lieu de six mois précédemment ;

- pour faciliter le recours des parents créanciers, la LFSS pour 2017 a supprimé la condition d'une tentative préalable de recouvrement auprès d'un huissier ;

- le recouvrement de la pension alimentaire impayée a été également étendu jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

Cependant, les procédures de recouvrement ne concernent toujours qu'une faible part des situations d'impayés de pensions alimentaires (33 793 procédures en cours en 2018 et 40 500 procédures en cours au mois d'avril 2019), signe que le dispositif mis en place n'atteint que partiellement son objectif en matière de lutte contre les impayés de pensions alimentaires. Ces données témoignent de la méconnaissance par le grand public des missions de l'ARIPA et les réformes menées n'ont pas connu le retentissement escompté notamment auprès des familles monoparentales : le taux de recours à l'ARIPA est encore trop faible puisque seulement 17 % des familles subissant des incidents ont recours à l'aide au recouvrement proposée par l'ARIPA. Malgré les prérogatives des caisses pour recouvrer les pensions impayées, le recours à cette procédure est souvent tardif. En effet, les parents créanciers peuvent hésiter à demander une aide au recouvrement par crainte des réactions du parent débiteur, parce que les démarches administratives les dissuadent ou encore parce qu'ils redoutent d'ouvrir un conflit avec le parent débiteur. Le recours tardif induit une constitution importante d'arriérés de pensions alimentaires qu'il est plus difficile à recouvrer.

A l'exception des femmes victimes de violences conjugales (pour lesquelles par ailleurs le taux effectif de recours est faible faute notamment de décisions du juge ordonnant l'intermédiation), les dispositions actuelles ne permettent pas aux parents de bénéficier d'un accompagnement préalable ou à l'issue de la procédure de recouvrement des pensions alimentaires visant à prévenir de potentiels incidents de paiement à venir.

Pourtant, dans certains pays ou territoires comme au Québec, un système d'intermédiation financière existe pour les familles (sauf refus conjoint des deux parents) et l'opérateur en charge de cette mission se charge de la collecte et du reversement des pensions alimentaires.

Les limites identifiées du dispositif de l'ARIPA nécessitent de proposer un changement de modèle en passant d'une logique de recouvrement à une logique de prévention des impayés,avec la mise en place de l'intermédiation financière pour le paiement de la pension alimentaire, afin de neutraliser le sujet financier dans les relations entre les parents ex-conjoints et de résoudre plus efficacement les difficultés liées aux impayés de pensions alimentaires pour tous les parents concernés, tout en en limitant le volume via le caractère dissuasif de l'intermédiation par un organisme public.

L'ambition est de passer à un nouveau dispositif qui « fait société » sans diviser. Le nouveau modèle poursuit l'ambition de limiter le non-recours à l'intermédiation puisqu'il a pour vertu principale de banaliser la démarche du recours à une aide au recouvrement et de contenir les nombreux a priori négatifs sur une démarche présumée compliquée dans le contexte déjà vecteur de tensions qu'est la séparation.

Enfin, ce modèle répond à une problématique souvent identifiée lors du Grand débat national : celui de l'existence d'un rapport de forces économiques, souvent non-dit, entre les parents séparés, et d'une « zone grise », dont on ignore l'ampleur exacte, constituée par des irrégularités ou de retard dans le paiement de la pension alimentaire.

La création d'un système d'intermédiation financière rétablira l'équilibre dans la relation entre les parents séparés (en cohérence avec la grande cause de l'égalité homme-femme) et deviendra un véritable instrument de lutte contre les impayés de pension alimentaire et de prévention de la précarité.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'introduire en France une intermédiation financière des pensions alimentaires entre les parents séparés ou divorcés de manière à apaiser les tensions liées au lien financier entre les parents séparés et à prévenir les risques d'impayés le plus en amont possible et de permettre un recouvrement rapide de la pension alimentaire en cas de survenue d'un incident de paiement.

Il est proposé en outre de renforcer les moyens de recouvrement des pensions alimentaires donnés à l'ARIPA.

- ***Lancement d'une intermédiation financière des pensions alimentaires***

La mesure a pour objet d'étendre les missions de l'ARIPA en lui permettant de procéder à l'intermédiation financière des pensions alimentaires. L'agence collectera les pensions alimentaires auprès du parent débiteur avant de les reverser au parent créancier.

Cette solution constituera une réelle avancée pour les familles, notamment les plus en difficultés confrontées au refus du parent de verser une pension alimentaire. L'agence pourra ainsi engager la procédure de recouvrement dès le premier

impayé ce qui évitera la constitution d'arriérés due à l'inaction du parent créancier et limitera le montant des sommes à recouvrer. L'engagement de la procédure de recouvrement ne nécessitera aucune démarche de la part du créancier puisqu'elle sera déclenchée automatiquement par l'agence.

Si le débiteur cesse de payer ou paie de façon irrégulière ou partielle, l'agence versera aux familles monoparentales l'allocation de soutien familial (116 € par enfant en 2019), tout en procédant elle-même au recouvrement de l'impayé de pensions auprès du débiteur[1]. Un complément de pension continuera d'être versé comme c'est le cas actuellement lorsque le montant de la pension alimentaire fixée est faible (l'ASF différentielle).

Cette intermédiation sera mise en œuvre progressivement :

- A compter du 1er juin 2020 :
    - Pour toutes les nouvelles séparations lorsqu'elle sera précisée dans le titre fixant le montant de la pension suite :
        - à la demande de l'un des parents en cas de jugement ;
        - à la demande des deux parents dans le cadre d'une convention homologuée par le juge ;
        - à la demande des deux parents dans le cadre d'un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;
        - à la demande des deux parents dans le cadre d'une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel déposée devant le notaire ;
        - à la demande des deux parents dans le cadre d'une convention parentale à laquelle l'ARIPA aura donné force exécutoire ;
    - ou à la demande de l'un des parents directement auprès de l'agence suite à un impayé de pension alimentaire.
- A compter du 1er janvier 2021, pour tous les parents séparés qui en feront la demande.

- ***Renforcement des moyens de recouvrement de l'ARIPA***

Il est proposé d'accompagner ce noveau droit d'un renforcement des moyens donnés à l'ARIPA pour recouvrer plus efficacement les arriérés de pension, les termes courants et les frais engagés.

D'une part, la procédure de paiement direct qui permet aujourd'hui de recouvrer les termes courants de la pension ainsi que les arriérés des deux dernières années sera adapatée pour permettre le règlement étalé sur une période maximale de 24 mois et non plus fixée à 24 mois systématiquement.

D'autre part, afin d'élargir le panel des procédures de recouvrement, il est proposé de permettre le recouvrement des créances alimentaires sur les prestations gérées par les CAF et caisses de MSA (prestations familiales, aide au logement, prime d'activité et de l'AAH), lorsque le débiteur est également allocataire à ce titre. Ce prélèvement sur les prestations à venir sera mis en œuvre après l'engagement d'une procédure de recouvrement amiable. Le montant de la récupération sur les prestations à échoir sera fixé en fonction d'un barème national qui tient compte des ressources, des prestations légales perçues, de la composition familiale et des charges réelles de logement (plan de recouvrement personnalisé).

Enfin, la dénomination de l'ARIPA sera modifiée pour tenir compte de l'élargissement de ces fonctions et du fait qu'elles ne se limiteront plus au seul recouvrement des impayés de pensions alimentaires.

b) Autres options possibles

Une alternative aurait consisté à rendre systématique le « tiers payant » des pensions alimentaires pour l'ensemble des situations avec une substitution intégrale à hauteur du montant de la pension par l'agence en cas d'impayé. Cette option représenterait toutefois une charge particulièrement conséquente pour la branche Famille l'exemple britannique a montré les risques et limites d'une telle solution. Le montant des pensions alimentaires perçue par les parents d'enfants mineurs atteindrait près de 4 Md€, ce qui serait donc le montant que l'agence devrait prendre en charge dans ce cas.

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

Ces mesures ont leur place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions :

- du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles se traduisent par un impact sur les montants d'ASF versés ;
- du 3° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles modifient les règles d'organisation ou de gestion interne des caisses d'allocations familiales et que les charges de gestion résultant

[1] Ce versement constituera une avance faite par la caisse du montant de l'ASF dans le cas où le parent débiteur n'est pas considéré par la suite comme hors d'Etat, au titre de l'ASF recouvrable, l'agence recherchant le recouvrement de l'ensemble de la pension alimentaire pour la part correspondant au montant de l'ASF comme pour la part dépassant ce montant.

pour la branche famille de ces nouvelles missions affectent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, du fait notamment du caractère significatif des renforcements humains nécessaires de l'agence pour effectuer ces nouvelles missions.

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

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

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

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

a) Possibilité de codification

Les mesures proposées seront codifiées dans le code de la sécurité sociale et dans le code civil.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

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

A titre liminaire, il convient d'indiquer que les chiffrages retracés ici sont effectués sur la base d'une hypothèse d'amélioration du taux de recouvrement de l'ASF, qui constitue le principal risque de surcoût de la mesure. Ce taux de recouvrement est actuellement de 24 % mais le développement de l'expertise de l'agence et le renforcement de ses leviers d'action, notamment dans le cadre de la mesure proposée devraient conduire à augmenter ce taux à 34% en 2021 et 44% en 2022.

Le dispositif d'intermédiation se traduirait par un coût pouvant atteindre en fonction du taux de recours jusqu'à 122,5 M€ en 2023 sur la base d'une augmentation annuelle du nombre de bénéficiaires de l'allocation de soutien familial estimée à 50 000 dès la première année et 90 000 au-delà.

Cette mesure nécessitera de renforcer les effectifs des caisses pour gérer l'intermédiation financière et les dossiers de recouvrement en cas d'impayé avec un besoin en ETP supplémentaires estimé à 354 ETP en moyenne annuelle en 2020 correspondant à 350 ETP au 1er février 2020 et de 100 ETP supplémentaires au 1er septembre 2020 pour un coût évalué à 26,5 M€, selon une hypothèse de recours des familles à ce dispositif estimé à 117 600 familles sur la période juin 2020 à mai 2021. Ce coût prend en compte celui lié au développement du système d'information des caisses estimés à 4,1 M€ en 2020. En fonction de la montée en charge de la réforme, le besoin en ETP sera ajusté.

Dès 2020, la mesure générerait un coût net estimé à 42 M€ dont 15,6 M€[1] au titre des dépenses d'ASF, essentiellement au titre des dépenses d'ASF recouvrables, et 26,5 M€ au titre de l'impact en gestion (personnels, système d'information et frais de gestion).

A terme, les gains de productivité attendus par une meilleure organisation (amélioration de l'outil informatique de gestion du recouvrement, amélioration des échanges entre les tribunaux et les caisses) et une simplification des procédures permettront de gérer cette mission à effectif constant tout en s'adressant à un public plus étendu.

Une mission IGAS-IGF aura pour tâche d'évaluer plus finement l'impact de cette mission sur les effectifs et doter, le cas échéant, les caisses en renfort de personnels.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
Estimation du coût en gestion et de l'impact en prestations pour la branche famille		- 42	- 85	- 122,5	- 122,5

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

La mesure garantira les ressources des familles liées aux pensions alimentaires qui seront récupérées plus rapidement. Elle a en conséquence des effets redistributifs entre débiteurs et créanciers des pensions alimentaires.

b) Impacts sociaux

Par son offre de service globale, les moyens de l'agence se trouveront renforcés et permettront d'améliorer l'accès aux droits des familles. La mesure constitue une mesure de soutien aux familles fragilisées par une situation de séparation et de responsabilisation des parents face à leur obligation parentale. La mesure participe à augmenter le pouvoir d'achat des familles monoparentales confrontées à des impayés de pension alimentaire. Elle permettra d'apporter un gain financier aux victimes d'impayés de pensions alimentaires.

[1] Coût estimé à partir du montant de l'ASF recouvrable et de l'ASF complémentaire versé après déduction des montants recouvrés au titre de l'ASF recouvrable.

- ***Impact sur les jeunes***

La politique mise en œuvre vise à responsabiliser les parents débiteurs dans l'exercice de leur responsabilité parentale. Cette mesure aura un impact sur les jeunes, l'implication du parent débiteur permettra d'assurer l'accomplissement effectif de l'obligation d'entretien de l'enfant par ce dernier.

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

Sans objet

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet

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

La mise en place du paiement « intermédié » permettra à l'agence de lutter efficacement contre les impayés de pensions alimentaires qui grèvent le budget des familles monoparentales, les pensions alimentaires représentant en moyenne 18 % des ressources du parent qui a la garde exclusive de l'enfant et, d'autre part, de lutter contre la pauvreté de ces familles (dont un tiers vit sous le seuil de pauvreté).

Le soutien aux familles monoparentales contribue à la réduction des inégalités entre les femmes et les hommes dans la mesure où 85 % des foyers monoparentaux sont constitués d'une femme et d'un ou plusieurs enfants.

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

Afin d'alléger les formalités des allocataires, les jugements ou conventions de divorce et de séparation fixant une intermédiation financière seront transmis directement à l'agence par les émetteurs. Ceci permettra d'enclencher rapidement le dossier d'intermédiation financière, les assurés étant par la suite déchargés du dossier de demande du recouvrement.

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

L'impact sur l'organisation et la charge des caisses d'allocations familiales et des caisses de mutualité sociale agricole est conséquent. La mission d'intermédiation financière nécessite qu'un certain nombre de préalables soient réunis (optimisation des outils informatiques existants, formation des personnels, plan de communication, automatisation des échanges avec les émetteurs de titres, dématérialisation du processus, mise en place d'un portail de recherche des parents débiteurs…). En 2020, les équipes informatiques de la CNAF et de la CCMSA seront fortement mobilisés pour apporter les modifications informatiques nécessaires : développement informatique pour gérer l'intermédiation financière et amélioration de l'outil informatique de gestion du recouvrement afin de pouvoir automatiser les liens avec l'outil de gestion des prestations (CRISTAL).

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

Cette mesure nécessitera de mobiliser des effectifs supplémentaires pour gérer l'intermédiation financière et les dossiers de recouvrement en cas d'impayé estimée à 350 ETP en moyenne annuelle en 2020, pour 117 600 dossiers d'intermédiation financière sur la période juin 2020 à mai 2021 évalués en fonction d'un taux de recours des familles à ce dispositif. Il se traduira par un meilleur recours à l'allocation de soutien familial dont le coût est estimé à 15,5 M€ en 2020. Une mission IGAS-IGF sera chargée d'évaluer plus finement l'impact de cette mission sur les effectifs et ajuster le renfort de personnels des caisses.

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 de la mesure sera nécessaire.

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

Les développements informatiques interviendront à compter de 2020 pour permettre une intermédiation financière suite à une procédure de recouvrement dès juin 2020 et seront accompagnés de formations des agents à ce nouveau dispositif.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses d'allocations familiales et de MSA organiseront une campagne de communication. Par ailleurs, les créanciers en cours de procédure de recouvrement seront informés de la mise en œuvre automatique de l'intermédiation financière pour les paiements à venir.

d) Suivi de la mise en œuvre

La réforme et sa montée en charge fera l'objet d'un suivi particulier par l'ARIPA, dans le cadre du bilan annuel de son activité.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code civil	
Article 373-2-2 (actuel)	**Article 373-2-2 (modifié)**
En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié. Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant. Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation. Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles menaces ou violences ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée au directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales.	**I.-** En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié. ~~Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement~~ ~~Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant.~~ ~~Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.~~ ~~Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles menaces ou violences ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée au directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales.~~ **Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées, selon le cas, par :** **1° Une décision judiciaire ;** **2° Une convention homologuée par le juge ;** **3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;** **4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;** **5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné**

	force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement. **Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre cinquième du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;** **2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;** **3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres visés aux 2° à 5° du I.Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.** **Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I ci-dessus, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Il en est de même dans le cas visé au 2° du I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière. Un décret en Conseil d'Etat précise également les éléments strictement nécessaires,**

	au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du I, ainsi que les modalités de leur transmission.
Article 373-2-3 (actuel)	**Article 373-2-3 (modifié)**
Lorsque la consistance des biens du débiteur s'y prête, la pension alimentaire peut être remplacée, en tout ou partie, sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, par le versement d'une somme d'argent entre les mains d'un organisme accrédité chargé d'accorder en contrepartie à l'enfant une rente indexée, l'abandon de biens en usufruit ou l'affectation de biens productifs de revenus.	Lorsque la consistance des biens du débiteur s'y prête, la pension alimentaire peut être remplacée, en tout ou partie, ~~sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge,~~ par le versement d'une somme d'argent entre les mains d'un organisme accrédité chargé d'accorder en contrepartie à l'enfant une rente indexée, l'abandon de biens en usufruit ou l'affectation de biens productifs de revenus**, sous les modalités et garanties prévues par la décision, l'acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2.**
Article 373-2-6 (actuel)	**Article 373-2-6 (modifié)**
Le juge du tribunal de grande instance délégué aux affaires familiales règle les questions qui lui sont soumises dans le cadre du présent chapitre en veillant spécialement à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs. Le juge peut prendre les mesures permettant de garantir la continuité et l'effectivité du maintien des liens de l'enfant avec chacun de ses parents. Il peut notamment ordonner l'interdiction de sortie de l'enfant du territoire français sans l'autorisation des deux parents. Cette interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. Il peut, même d'office, ordonner une astreinte pour assurer l'exécution de sa décision. Si les circonstances en font apparaître la nécessité, il peut assortir d'une astreinte la décision rendue par un autre juge ainsi que l'accord parental constaté dans la convention de divorce par consentement mutuel. Les dispositions des articles L. 131-2 à L. 131-4 du	Le juge du tribunal de grande instance délégué aux affaires familiales règle les questions qui lui sont soumises dans le cadre du présent chapitre en veillant spécialement à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs. Le juge peut prendre les mesures permettant de garantir la continuité et l'effectivité du maintien des liens de l'enfant avec chacun de ses parents. Il peut notamment ordonner l'interdiction de sortie de l'enfant du territoire français sans l'autorisation des deux parents. Cette interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République. Il peut, même d'office, ordonner une astreinte pour assurer l'exécution de sa décision. Si les circonstances en font apparaître la nécessité, il peut assortir d'une astreinte la décision rendue par un autre juge ainsi que l'accord parental constaté dans ~~la convention de divorce par consentement mutuel~~ **l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de**

code des procédures civiles d'exécution sont applicables. Il peut également, lorsqu'un parent fait délibérément obstacle de façon grave ou renouvelée à l'exécution d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale, le condamner au paiement d'une amende civile d'un montant qui ne peut excéder 10 000 €.	**l'article 373-2-2**. Les dispositions des articles L. 131-2 à L. 131-4 du code des procédures civiles d'exécution sont applicables. Il peut également, lorsqu'un parent fait délibérément obstacle de façon grave ou renouvelée à l'exécution ~~d'une décision d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale~~ **de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2**, le condamner au paiement d'une amende civile d'un montant qui ne peut excéder 10 000 €.
Code de la construction et de l'habitat	
Article L. 821-6 (actuel)	**Article L. 821-6 (modifié)**
Les aides personnelles au logement sont incessibles et insaisissables, sauf : 1° Au profit de l'organisme payeur, pour le recouvrement des prestations indûment versées ; 2° Au profit de l'établissement habilité ou du bailleur, en cas de versement de l'aide en tiers payant.	Les aides personnelles au logement sont incessibles et insaisissables, sauf : 1° Au profit de l'organisme payeur, pour le recouvrement des prestations indûment versées ; 2° Au profit de l'établissement habilité ou du bailleur, en cas de versement de l'aide en tiers payant. **3° Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code.**
Code pénal	
Article 227-3 (actuel)	**Article 227-3 (modifié)**
Le fait, pour une personne, de ne pas exécuter une décision judiciaire, une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil lui imposant de verser au profit d'un enfant mineur, d'un descendant, d'un ascendant ou du conjoint une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature dues en raison de l'une des obligations familiales prévues par le code civil, en demeurant plus de deux mois sans s'acquitter intégralement de cette obligation, est puni de deux	Le fait, pour une personne, de ne pas exécuter une décision judiciaire, ~~une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil~~ **ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil** lui imposant de verser au profit d'un enfant mineur, d'un descendant, d'un ascendant ou du conjoint une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature dues en raison de l'une des obligations familiales prévues par le code civil, en demeurant plus de deux mois sans s'acquitter

ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Les infractions prévues par le premier alinéa du présent article sont assimilées à des abandons de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du code civil.	intégralement de cette obligation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Les infractions prévues par le premier alinéa du présent article sont assimilées à des abandons de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du code civil.
Article 227-4 (actuel)	**Article 227-4 (modifié)**
Le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier dans un délai d'un mois à compter de ce changement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.	Le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier**, ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale,** dans un délai d'un mois à compter de ce changement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.
Code des procédures civiles d'exécution	
Article L. 111-3 (actuel)	**Article L. 111-3 (modifié)**
Seuls constituent des titres exécutoires : 1° Les décisions des juridictions de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif lorsqu'elles ont force exécutoire, ainsi que les accords auxquels ces juridictions ont conféré force exécutoire ; 2° Les actes et les jugements étrangers ainsi que les sentences arbitrales déclarés exécutoires par une décision non susceptible d'un recours suspensif d'exécution, sans préjudice des dispositions du droit de l'Union européenne applicables ; 3° Les extraits de procès-verbaux de conciliation signés par le juge et les parties ; 4° Les actes notariés revêtus de la formule exécutoire ; 4° bis Les accords par lesquels les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresignée par avocats, déposés au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; 5° Le titre délivré par l'huissier de justice en cas de non-paiement d'un chèque ou en cas d'accord	Seuls constituent des titres exécutoires : 1° Les décisions des juridictions de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif lorsqu'elles ont force exécutoire, ainsi que les accords auxquels ces juridictions ont conféré force exécutoire ; 2° Les actes et les jugements étrangers ainsi que les sentences arbitrales déclarés exécutoires par une décision non susceptible d'un recours suspensif d'exécution, sans préjudice des dispositions du droit de l'Union européenne applicables ; 3° Les extraits de procès-verbaux de conciliation signés par le juge et les parties ; 4° Les actes notariés revêtus de la formule exécutoire ; 4° bis Les accords par lesquels les époux consentent mutuellement à leur divorce **ou à leur séparation de corps** par acte sous signature privée ~~contresignée~~ **contresigné** par avocats, déposés au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;

entre le créancier et le débiteur dans les conditions prévues à l'article L. 125-1 ; 6° Les titres délivrés par les personnes morales de droit public qualifiés comme tels par la loi, ou les décisions auxquelles la loi attache les effets d'un jugement.	5° Le titre délivré par l'huissier de justice en cas de non-paiement d'un chèque ou en cas d'accord entre le créancier et le débiteur dans les conditions prévues à l'article L. 125-1 ; 6° Les titres délivrés par les personnes morales de droit public qualifiés comme tels par la loi, ou les décisions auxquelles la loi attache les effets d'un jugement.
Article L. 161-3 (actuel)	**Article L. 161-3 (modifié)**
Les sommes dues en exécution d'une décision judiciaire au titre des pensions alimentaires, des contributions aux charges du mariage prescrites par l'article 214 du code civil, des rentes prévues par l'article 276 ou des subsides mentionnés à l'article 342 du même code peuvent être recouvrées pour le compte du créancier par les comptables publics compétents dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.	Les sommes dues en exécution d'une décision judiciaire**, d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5°du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire** au titre des pensions alimentaires, des contributions aux charges du mariage prescrites par l' article 214 du code civil, des rentes prévues par l'article 276 ou des subsides mentionnés à l'article 342 du même code peuvent être recouvrées pour le compte du créancier par les comptables publics compétents dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.
Article L. 213-1 (actuel)	**Article L. 213-1 (modifié)**
Tout créancier d'une pension alimentaire peut se faire payer directement le montant de cette pension par les tiers débiteurs de sommes liquides et exigibles envers le débiteur de la pension. Il peut notamment exercer ce droit entre les mains de tout débiteur de sommes dues à titre de rémunération, ainsi que de tout dépositaire de fonds. La demande en paiement direct est recevable dès qu'une échéance d'une pension alimentaire n'a pas été payée à son terme et qu'elle a été fixée par : 1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ; 2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ; 3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire. Cette procédure est applicable au recouvrement de la contribution aux charges du mariage prévues par l'article 214 du code civil. Elle l'est aussi au recouvrement de la rente prévue par l'article 276 et	Tout créancier d'une pension alimentaire peut se faire payer directement le montant de cette pension par les tiers débiteurs de sommes liquides et exigibles envers le débiteur de la pension. Il peut notamment exercer ce droit entre les mains de tout débiteur de sommes dues à titre de rémunération, ainsi que de tout dépositaire de fonds. La demande en paiement direct est recevable dès qu'une échéance d'une pension alimentaire n'a pas été payée à son terme et qu'elle a été fixée par : 1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ; **1° *bis* Une convention homologuée par le juge ;** ~~2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ;~~ **2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;**3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire **;**

des subsides prévus par l'article 342 du même code.	**4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.** Cette procédure est applicable au recouvrement de la contribution aux charges du mariage prévues par l'article 214 du code civil. Elle l'est aussi au recouvrement de la rente prévue par l'article 276 et des subsides prévus par l'article 342 du même code.
Article L. 213-4 (actuel)	**Article L. 213-4 (modifié)**
La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois. Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois.	La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire. Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de douze mois. ~~Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois.~~ **Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat.**
Code de la sécurité sociale	
Article L. 523-1 (actuel)	**Article L. 523-1 (modifié)**
I.-Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial : 1°) tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;	I.-Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial : 1°) tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;

2°) tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;	2°) tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;
3°) tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent, s'ils sont considérés comme tels, au regard de conditions fixées par décret, comme étant hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV ;	3°) tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent, s'ils sont considérés comme tels, au regard de conditions fixées par décret, comme étant hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV ;
4°) Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au même IV, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent 4°, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence d'une décision de justice ou d'un accord ou d'un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	4°) Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au même IV, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent 4°, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence d'une décision de justice ou d'un accord ou d'un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.
II.-En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert.	II.-En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert.
III.-L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.	III.-L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.
IV.-Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :	IV.-Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :
1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous	1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce **ou à leur séparation**

signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ; 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code.	**de corps** par acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ; 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code **;** **4° Une convention homologuée par le juge.**
Article L. 553-4 (actuel)	**Article L. 553-4 (modifié)**
I. Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire. Toutefois, peuvent être saisis dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 : 1°) pour le paiement des dettes alimentaires ou l'exécution de la contribution aux charges du mariage et liées à l'entretien des enfants : l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial ; 2°) pour le paiement des frais entraînés par les soins, l'hébergement, l'éducation ou la formation notamment dans les établissements mentionnés à l'article L. 541-1 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'organisme débiteur de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement. Sur demande de l'allocataire, les cotisations d'assurance volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 sont recouvrées sur les prestations familiales visées à l'article L. 511-1, à l'exception de l'allocation de logement. (…)	I. Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire. Toutefois, peuvent être saisis ~~dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions~~ **selon les modalités** prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 : 1°) pour le paiement des dettes alimentaires ou l'exécution de la contribution aux charges du mariage et liées à l'entretien des enfants**, ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3** : l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial ; 2°) pour le paiement des frais entraînés par les soins, l'hébergement, l'éducation ou la formation notamment dans les établissements mentionnés à l'article L. 541-1 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'organisme débiteur de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement. **Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.** **Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le recouvrement de la pension alimentaire peut être opéré sur celles-ci avec son accord.**

	Sur demande de l'allocataire, les cotisations d'assurance volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 sont recouvrées sur les prestations familiales visées à l'article L. 511-1, à l'exception de l'allocation de logement. (...)
Article L. 581-8 (actuel)	**Article L. 581-8 (modifié)**
Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées.	Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées. **Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel.**
Article L. 582-1 (actuel)	**Article L. 582-1 (modifié)**
Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice. Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier. Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.	~~Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.~~ ~~Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.~~ ~~Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.~~

L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.	~~L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.~~ **I. – Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.** **Cette intermédiation est mise en œuvre :** **1° Dans les conditions définies au II de l'article 373-2-2 du code civil, lorsqu'elle est prévue par une décision de justice ou un acte mentionné au même II ;** **2° A défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.** **Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :** **a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;** **b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue à l'article L. 512-1 ;** **c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.** **Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.** **II. – Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation**

	ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. **Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées à l'alinéa précédent.** **Les délais de transmission des informations mentionnées au premier alinéa du présent II, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.** **En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.** **III. – Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.** **IV. – Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.** **Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.** **V. – Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.** **VI. – En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations**

	familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées. **Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.** **VII. – L'intermédiation financière cesse :** **1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;** **2° A la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;** **3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;** **4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.** **La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.** **VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.** **La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6.** **IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152-A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la**

	mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière.
Article L. 582-2 (actuel)	**Article L. 582-2 (modifié)**
Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies : 1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV de l'article L. 523-1, ou n'a engagé de démarche en ce sens ; (…)	Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies : 1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° ~~et 2°~~**, 2° et 4°** du IV de l'article L. 523-1, ou n'a engagé de démarche en ce sens ; (…)
Article L. 821-5 (actuel)	**Article L. 821-5 (modifié)**
L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement. (…)	L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée ~~***et***~~ **pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2.** En cas de non-paiement **des frais d'entretien de la personne handicapée** ~~de ces frais~~, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement. (…)
Article L. 845-5 (actuel)	**Article L. 845-5 (modifié)**
La prime d'activité est incessible et insaisissable.	La prime d'activité est incessible et insaisissable**, sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2.**
Livre des procédures fiscales	

Article L. 152 (actuel)	Article L. 152 (nouveau)
Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires de l'Etat et assimilés, aux institutions mentionnées au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale, au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail les informations nominatives nécessaires :	Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires de l'Etat et assimilés, aux institutions mentionnées au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale, au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail les informations nominatives nécessaires :
1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;	1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;
2° au calcul des prestations ;	2° au calcul des prestations ;
3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;	3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;
4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;	4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;
5° Au recouvrement des prestations indûment versées ;	5° Au recouvrement des prestations indûment versées ;
6° A l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;	6° A l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;
7° Au calcul des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale.	7° Au calcul des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale.
Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à 7°, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.	**8° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale.** Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à ~~7°~~ **8°**, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.
Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir	Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux

plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement. Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux, au régime agricole de sécurité sociale ou à l'assurance chômage.	prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement. Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux, au régime agricole de sécurité sociale ou à l'assurance chômage.
Article L. 152 A (actuel)	**Article L. 152 A (modifié)**
En application des articles L. 583-3 du code de la sécurité sociale, L. 851-1 et L. 851-2 du code de la construction et de l'habitation, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs.	En application des articles L. 583-3 du code de la sécurité sociale, L. 851-1 et L. 851-2 du code de la construction et de l'habitation, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations ~~nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs.~~ **nécessaires :** **1° A l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;** **2° A la mise en œuvre des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale.**
Article L. 162 A (actuel)	**Article L. 162 A (modifié)**
Conformément à l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir de l'administration des impôts, pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées,	Conformément à l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir de l'administration des impôts, pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées,

les renseignements mentionnés à l'article L. 152-1 du code des procédures civiles d'exécution.	les renseignements mentionnés à l'article L. 152-1 du code des procédures civiles d'exécution. **Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organismes de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué.**
Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires	
Article 1er (actuel)	**Article 1er (modifié)**
Toute pension alimentaire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par l'une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents lorsque celle-ci a été fixée par : 1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ; 2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ; 3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ; 4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.	Toute pension alimentaire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par l'une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents lorsque celle-ci a été fixée par : 1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ; **1° *bis* Une convention homologuée par le juge ;** ~~2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ;~~ **2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;** 3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ; 4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

Article 49 - Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

I. Présentation de la mesure

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

a) Les pouvoirs publics déploient une approche ambitieuse et qualitative de développement de l'offre d'accueil

Le développement d'une offre d'accueil des jeunes enfants de qualité et accessible à tous constitue l'un des axes clefs de la politique mise en œuvre par le Gouvernement pour rompre avec la reproduction de la pauvreté et faire progresser l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en favorisant la conciliation entre vie professionnelle et familiale des parents. Cette action s'inscrit dans le cadre d'une priorité globale donnée à l'investissement social dès les premiers âges de la vie. Ces années correspondent en effet à une période décisive pour lutter contre les inégalités au moment même où elles se créent : de nombreuses compétences cognitives et non cognitives, essentielles à la réussite scolaire ou dans le monde du travail, se développent dès le début de la vie[1], avec un retour sur investissement, tant du point de vue économique que social, des dépenses engagées en faveur de la petite enfance largement documenté par la littérature existante[2].

Les actions et moyens inscrits dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour la période 2018-2022, doivent permettre à la branche famille de contribuer à la création d'au moins 30 000 places nouvelles dans les établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) et de participer au développement de l'offre d'accueil individuel. A cet objectif quantitatif sont associés des objectifs qualitatifs ambitieux qui doivent permettre, en matière de petite enfance, d'améliorer la mixité sociale et l'équité territoriale, mais aussi d'encourager l'accueil des publics plus fragiles et notamment des enfants en situation de handicap.

Ces engagements s'inscrivent pleinement dans le cadre des orientations fixées par la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, adoptée en septembre 2018, qu'ils vont contribuer à mettre en œuvre.

Les travaux de simplification du cadre normatif applicable aux différents modes d'accueil, initiés depuis 2018 sur le fondement des dispositions prévues à l'article 50 de la loi du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance, devraient également contribuer au développement de l'offre d'accueil, qu'elle soit individuelle ou collective, ainsi qu'au renforcement de sa qualité.

La présente mesure s'inscrit ainsi en complément des actions déjà engagées, afin de faciliter, simplifier et accélérer la recherche par les familles d'une solution d'accueil pour leur enfant et la mise en relation entre l'offre et la demande.

b) L'organisation actuelle des différents services publics engagés en faveur de l'accueil du jeune enfant ne garantit pas aux familles un accès unique, fiable et exhaustif à la connaissance de l'offre existante et aux possibilités d'accueil ponctuel, individuel ou collectif

Les parents qui recherchent une solution d'accueil pour leurs jeunes enfants rencontrent encore aujourd'hui certaines difficultés, soit pour identifier les assistants maternels travaillant à proximité de leur lieu d'habitation et disposant de places d'accueil correspondant à leurs besoins, soit pour trouver rapidement une solution d'accueil, individuelle ou collective, le cas échéant ponctuelle, pour pouvoir se rendre disponible pour un entretien d'embauche, une formation, une reprise d'emploi, etc.

En parallèle, on constate que le taux de recours aux assistants maternels et aux crèches reste inférieur à leur capacité d'accueil réelle.

En ce qui concerne l'accueil individuel, en 2016, 425 400 assistants maternels sont agréés, ce qui recouvre un nombre de places potentielles théorique estimé à 967 700. Parmi les 425 400 agréés, environ 305 000 exercent effectivement un accueil individuel et une part significative du différentiel serait sans doute prêts à accueillir des enfants (une autre part, à hauteur de 20 000 assistants maternels, étant constituée d'assistants maternels exerçant en structure collective dans une relation de travail avec des services d'accueil familial).

---

[1] James J. Heckman, Giving Kids a Fair Chance (A Strategy That Works, Boston Review Books, The MIT Press, 2013

[2] Cf. notamment Gøsta Esping-Andersen et Bruno Palier, Trois leçons sur l'Etat-providence, La République des idées, Le Seuil, 2008, qui mettent en évidence un retour sur investissement proportionnellement plus élevé des politiques publiques en faveur de la petite enfance que celui observé pour l'investissement dans l'enseignement supérieur.

S'agissant de l'accueil collectif, en 2017, le taux d'occupation réel des 409 000 places d'EAJE s'élève à 62,2% des heures théoriquement disponibles[1], soit l'équivalent de 154 500 places d'EAJE non pourvues.

Le nombre de places disponibles au sein des structures d'accueil du jeune enfant peut en effet varier chaque jour en raison des évènements qui se présentent (enfant malade, congés des parents en dehors des périodes de fermeture des établissements ou des vacances des assistants maternels…) dont certains peuvent être anticipés d'une semaine sur l'autre, offrant ainsi des possibilités d'accueil ponctuels permettant de répondre à de nombreuses situations : entretien d'embauche du demandeur d'emploi, besoin de répit des parents ou grands-parents habituellement chargé de l'accueil de leurs enfants/petits-enfants, indisponibilité de l'assistante maternelle assurant l'accueil régulier de l'enfant (maladie ou congés)...

Or, aujourd'hui, aucune information centralisée, fiabilisée et exhaustive des possibilités en termes de modes d'accueil des enfants par territoire n'est accessible aux parents.

Cette situation résulte notamment de la différence de règles de recensement entre les deux principaux modes d'accueil des jeunes enfants que sont les EAJE pour l'accueil collectif et les assistants maternels pour l'accueil individuel.

En effet, les gestionnaires d'EAJE, s'ils souhaitent bénéficier d'une aide de la branche famille au titre de son action sociale pour financer leurs dépenses d'investissement ou de fonctionnement, doivent s'engager, dans le cadre d'une convention financière conclue avec la caisse d'allocations familiales (CAF), à référencer leur établissement sur le site www.mon-enfant.fr géré par la CNAF, et à mettre régulièrement à jour les informations y figurant[2].

Le référencement des assistants maternels sur ce même site s'effectue sur la base du volontariat puisqu'il nécessite leur accord préalable. Il est toutefois obligatoire si l'assistant maternel souhaite bénéficier de la prime d'installation financée par les CAF (d'un montant de 300 euros).

Une fois inscrits sur ce site, établissements et professionnels ont la possibilité d'y faire figurer leurs disponibilités horaires sur une semaine donnée.

À ce jour, la quasi-totalité des EAJE et 75 % des assistants maternels en activité sont référencés sur le site www.mon-enfant.fr. 16,5% des assistants maternels référencés procèdent effectivement au renseignement de leur disponibilité.

Bien que ces chiffres soient encourageants, les informations actuellement mentionnées sur le site www.mon-enfant.fr ne permettent ainsi de connaître ni l'exhaustivité de l'offre disponible sur un territoire ni les disponibilités des modes d'accueil à un instant donné, ce qui ne répond qu'imparfaitement au besoin des parents de disposer d'informations à jour tant pour le choix d'un mode d'accueil pérenne que ponctuel, besoin particulièrement avéré pour les familles monoparentales et les demandeurs d'emploi.

Ainsi alors que l'offre d'accueil demeure encore parfois insuffisante et que le besoin de garde ponctuelle est réel, l'amélioration de l'information réciproque des familles et des accueils formels pourrait permettre de répondre à de nombreux besoins, tout en assurant à ces structures et professionnels une plus grande activité.

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

a) Mesure proposée

L'objectif recherché est la mise en place d'un service unique d'information des familles sur l'offre de places d'accueil des jeunes enfants et s'inscrit pleinement à ce titre dans le cadre de l'engagement pris par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 12 juin de création d'un service unique d'information des familles en 2020 pour connaître en temps réel les places de crèches et d'assistants maternels disponibles.

b) Mesure relative aux établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE)

Les gestionnaires des établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) seront tenus de transmettre leurs disponibilités d'accueil à un rythme hebdomadaire via leur outil de facturation dont les données sont transmises aux CAF et qui viendront alimenter le site www.mon-enfant.fr, permettant de rendre publiques des informations actualisées sur ces disponibilités.

Les informations porteront sur les places disponibles ponctuellement dans les semaines à venir, avec la perspective de proposer aux familles un outil de demande de places aux EAJE repérés comme susceptible de répondre à leur besoin.

La transmission pourra s'effectuer au fil de l'eau ou selon un rythme hebdomadaire, de manière automatisée et sans charge nouvelle pour les gestionnaires des établissements grâce aux développements des systèmes d'information de la

[1] Ces chiffres ne tiennent compte que des places proposées par les établissements percevant des prestations, au titre de leur fonctionnement, financées par le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la CNAF (donc pas des micro-crèches pour celles financées par la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)).

[2] Les micro-crèches bénéficiant du complément de mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) font également l'objet d'un référencement obligatoire sur le site, lorsqu'elles bénéficient d'une aide à l'investissement. Dans les faits, les 1 800 « micro-crèches PAJE » sont quasiment toutes référencées sur le site.

CNAF et à l'intégration des fonctionnalités dans les logiciels de gestion des EAJE. Les travaux de déploiement de solutions de logiciels adaptées sont en cours entre la branche famille et les principaux éditeurs.

Cette proposition vise ainsi à généraliser un dispositif aujourd'hui proposé uniquement aux demandeurs d'emploi et par les établissements volontaires (www.macigogne.fr), ce qui explique malgré son grand intérêt technique et en termes de pertinence du public ciblé une relativement faible adhésion (7% des établissements) et un renseignement des informations au fil de l'eau dans la moitié des cas seulement.

Serait rendu obligatoire le renseignement des disponibilités des structures par le gestionnaire, renseignement qui sera rendu automatisé après le déploiement des solutions de logiciels adaptés.

La réforme entrerait en vigueur à compter de juillet 2020, afin de tenir compte du temps de développement nécessaire à la mise en place de solutions techniques d'aide au renseignement des disponibilités d'accueil.

Cette nouvelle disposition constituera une incitation forte pour l'ensemble des éditeurs de logiciels de gestion d'EAJE, y compris les acteurs de plus petite taille, à développer des solutions facilitant sa mise en œuvre dans le cadre de leur relations contractuelles avec les établissements. Les dépenses d'équipement pourront être prises en charge partiellement par le fonds de modernisation des établissements d'accueil de jeunes enfants de la CNAF.

c) Mesure relative aux assistants maternels

La mesure a en premier lieu pour objet de subordonner l'agrément à l'acceptation par les assistants maternels à la publicité de leurs coordonnées via le site mon-enfant.fr.

La mesure conduit d'autre part les assistants maternels à renseigner leurs places disponibles pour l'année, le caractère à temps plein ou à temps partiel de l'accueil et leurs horaires d'accueil sur le site www.mon-enfant.fr. En cas de refus, cet élément serait considéré comme l'un des critères pouvant conduire, après avertissement et conformément à la procédure prévue par le code de l'action sociale et des familes, qui prévoit une démarche contradictoire en cas de manquement aux dispositions régissant l'exercice de l'activité, avec notamment examen par une commission départementale assurant un examen collégial au retrait, le cas échéant, de l'agrément de l'assistant maternel. Ces retraits d'agrément auront vocation à constituer des cas marginaux, la gradation de la procédure prévue dans le code de l'action sociale et des familles et pouvant in fine conduire à des retraits d'agrément permettant de régler le plus en amont possible les difficultés d'application de ces dispositions nouvelles.

En complément, les assistants maternels seraient tenus de compléter au fil de l'eau leurs places disponibles. L'absence totale de renseignement du tableau des disponibilités pourrait donner lieu, après contrôle, à information de l'animateur de relais d'assistants maternels (RAM) du territoire de résidence de l'assistante maternelle, au titre de nouvelles missions de mise en relation de l'offre et de la demande d'assistants maternels, afin de permettre au RAM de sensibiliser l'assistant maternel à l'intérêt et à l'obligation de ce renseignement, et le cas échéant, à signalement au Conseil départemental, en vue d'un éventuel retrait de l'agrément. Pour favoriser cette action, seraient également mobilisés les directeurs des CAF en leur fixant des objectifs de taux d'assistants maternels renseignant effectivement leurs disponibilités.

L'instauration de ces nouvelles obligations s'accompagnera d'un travail de sensibilisation et d'accompagnement des professionnels de la petite enfance, notamment en EAJE, à la pratique de l'accueil occasionnel, valorisant les bonnes pratiques pouvant être mises en place pour accueillir les enfants, en l'absence par exemple de phase d'adaptation. La CNAF met à disposition des professionnels un kit métier depuis le mois de septembre 2019.

3. Autres options possibles

a) Mesure relative aux établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE)

Un recueil parcellaire des disponibilités d'accueil ne permettrait pas de contribuer à un meilleur appariement entre les places disponibles sur un territoire et les besoins exprimés par les familles. Seule une obligation légale s'imposant à l'ensemble des gestionnaires d'établissements peut garantir la pleine atteinte des objectifs fixés.

b) Mesure relative aux assistants maternels

Il aurait pu être proposé de ne pas prévoir la possibilité de sanction, le cas échéant, des assistants maternels lorsqu'elles ne renseignent pas leurs disponibilités. Toutefois, cette proposition aurait pour effet de limiter l'impact de l'obligation et risquerait d'aboutir à un taux de renseignement aussi restreint que celui observé aujourd'hui : moins de 40 000 assistants maternels (soit 16,3% seulement des assistants maternels référencés sur le site) ont complété leur profil et éventuellement renseigné leurs disponibilités.

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

Ces deux mesures auront un effet sur les dépenses des années à venir des régimes obligatoires de base, ce qui justifie leur place, conformément au 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, dans la partie de la loi de financement relative aux dépenses pour l'année à venir.

Elles présentent en outre un impact en gestion, au titre des dépenses informatiques des organismes et de financement de l'équipement des crèches, ces dépenses en gestion ayant pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, relevant à ce titre 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 de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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 ?

Les deux mesures relèvent 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 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. Les deux mesures ne sont pas contraires au droit européen.

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

a) Possibilité de codification

L'obligation de publication de leurs disponibilités par les établissements d'accueil du jeune enfant sera codifiée. Elle implique l'insertion d'un article au chapitre 4 du titre I^{er} du livre II du code de l'action sociale et des familles relatif à l'accueil des jeunes enfants.

L'obligation de publication de leurs disponibilités par les assistants maternels sera codifiée, au sein du chapitre 1er du titre 2 du livre 4 du même code.

Les autres volets de cette mesure relèvent du cadre de l'action sociale des caisses.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

La présente mesure ne nécessite pas d'abroger des 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 directement applicable*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Le coût de développement d'une solution globale, en articulation avec les applicatifs déjà développés dans le cadre du site ma-cicogne.fr permettant aux parents, d'une part de connaître en temps réel les disponibilités des EAJE et des assistants maternels et d'autre part de faire une demande en ligne de place est évalué à 1,5 M€ à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

La mesure relative aux EAJE aura pour effet d'accroître, en facilitant l'appariement de l'offre et de la demande, les dépenses du FNAS Fonds national de l'action sociale de la CNAF) du fait de l'augmentation du nombre d'heures facturées et des dépenses de prestation de service unique. La mesure devrait ainsi permettre de faire progresser le taux d'occupation réel des établissements. Sous l'hypothèse d'une hausse mesurée de 62,2% à 63,7% de ce taux d'occupation, le coût de cette augmentation correspondrait à une équivalence de 6 000 places pourvues, soit 35 M€ par an à l'horizon 2022 au titre de la PSU, seul financement des places en crèches sur le FNAS corrélé au taux d'occupation.

Or la trajectoire pluriannuelle définie pour le FNAS pour la période 2018-2022 dans le cadre de la nouvelle convention d'obectif et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAF, et qui devrait se traduire par une augmentation de 2 % en moyenne par an ne tient pour l'instant pas compte de cette évolution. La mise en place d'une telle mesure pourra conduire, le cas échéant, à se réinterroger sur le cadrage financier du FNAS. De surcroît, le fonds de modernisation des établissements d'accueil de jeunes enfants de la CNAF qui constitue un des volets du FNAS sera mobilisé pour financer les dépenses d'équipement dans des proportions potentiellement plus importantes compte tenu de la nouvelle obligation faite aux EAJE que les moyens affectés à ce fonds lors de la COG, soit 31 M€ par an en moyenne.

La mesure relative aux assistants maternels aura quant à elle un impact sur la branche famille au titre de l'augmentation du CMG versé et de la prise en charge des cotisations par la branche, sous le même effet de l'amélioration de l'appariement entre offre et demande, permettant d'une part à des assistants maternels au chômage total d'accueillir des enfants, d'autre part d'augmenter l'activité des des assistants maternel qui le ssont déjà sur des plages horaires pour lesquelles elles disposent de disponibilités, disponibilités qui pourront être portées à connaissance des familles ayant besoin d'un accueil régulier, à temps plein ou à temps partiel, le cas échéant , ponctuel.

Sous l'hypothèse d'une augmentation du taux de recours des familles aux assistants maternels en raison d'une amélioration du taux d'emploi des assistants maternels à hauteur de 0,8 point (par rapport à taux d'emploi de 75% en 2016), équivalent à 3 400 assistants maternels et 6 800 enfants supplémentaires accueillis, et d'une augmentation du niveau d'activité des assistants maternels en exercice à hauteur de 1 700 enfants supplémentaires accueillis, l'impact serait au titre du CMG de 55 M€ pour la branche famille d'ici 2022.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
			- 15	- 55	- 90

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

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

a) Impacts économiques

La mesure relative aux établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) doit permettre à l'établissement d'améliorer le taux d'occupation des places proposées, contribuant ainsi à l'amélioration de la situation financière globale du secteur.

La mesure relative aux assistants maternels, en accroissant leur taux d'emploi, devrait avoir un impact à la baisse, difficilement quantifiable, sur les dépenses d'assurance chômage. En effet, 66 650 assistants maternels bénéficient du chômage partiel en raison d'une baisse d'activité et 105 400 n'accueillent aucun enfant.

Les deux mesures peuvent transversalement contribuer à réduire le chômage des jeunes parents en facilitant leur accès à l'emploi par l'appui à une meilleure conciliation entre vie familiale et professionnelle.

b) Impacts sociaux

Les deux mesures vont faciliter les recherches de places d'accueil pour les parents de jeunes enfants et optimiser l'occupation des places existantes. Dans un rapport de 2018 consacré à l'accueil des enfants de moins de trois ans, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a en effet évalué qu'il manquait de 155 000 à 330 000 solutions d'accueil pour répondre aux besoins immédiats des familles. Dans un contexte où le nombre d'assistants maternels agréés est en recul depuis 2013 et au-delà des objectifs de développement de l'offre portés par la COG Etat/CNAF 2018-2022, la préservation et l'optimisation du parc existant constituent donc un enjeu central pour répondre aux besoins des familles.

Cette mesure est par ailleurs de nature à favoriser le maintien ou le retour en emploi des parents de jeunes enfants.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure permettra un meilleur accès à l'offre d'accueil du jeune enfant pour les parents, y compris les plus jeunes d'entre eux.

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

La mesure permettra un référencement exhaustif des structures d'accueil, notamment collectif, sur un site dédié, www.mon-enfant.fr, qui permettra notamment une connaissance des EAJE accueillant des enfants en situation de handicap.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Ces deux mesures vont contribuer à faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et familiale des actifs et favoriser le maintien ou l'accès des femmes au marché du travail, notamment des mères isolées. La très grande majorité des familles monoparentales, qui rencontrent les difficultés de conciliation les plus importantes, les parents ne pouvant pas se relayer, est en effet constituée de mères élevant seules leurs enfants. En comparaison des mères vivant en couple, les mères seules ont en outre plus souvent des horaires alternants ou changeants (32 % contre 21 %) et déclarent plus souvent travailler régulièrement le week-end (44 % contre 30 %).

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 deux mesures vont faciliter les démarches des parents en recherche d'une solution de garde pour leur enfant et celles des services en charge de leur information, les relais d'assistants maternels notamment.

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

La CNAF devra développer un système d'information lui permettant de centraliser et de diffuser les informations relatives aux disponibilités d'accueil dont elle sera destinataire. Ces développements seront articulés avec ceux réalisés par Pôle emploi dans le cadre du site ma-cigogne, qui sera enrichi d'une information exhaustive sur les disponibilités d'accueil et demeurera opérationnelle pour le public plus ciblé des demandeurs d'emploi.

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

La mesure sera gérée, et notamment son coût de développement informatique, dans le cadre des moyens existants définis dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF pour 2018-2022.

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 deux mesures nécessiteront des décrets d'application pour être mises en œuvre. Ils devront être pris avant la date d'entrée en vigueur prévue par le présent projet de loi de financement, soit juillet 2020. Les décrets préciseront les modalités de mise en œuvre de l'obligation de publicité et des effets sur l'agrément des assistants maternels et le renouvellement de celui-ci. Les dispositions des articles R. 421-1 et suivants du CASF relatives à l'agrément des assistants maternels devront être modifiées.

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

Compte tenu des délais d'adaptation requis pour le système d'information de la CNAF, l'entrée en vigueur d'une telle réforme pourrait être envisagée à partir de juillet 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les gestionnaires d'établissements d'accueil de jeunes enfants et les assistants maternels seront informés de leur nouvelles obligations notamment dans le cadre de leur demande d'autorisation de leur financement par les CAF (pour les EAJE), et dans le cadre de leur demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément, par l'intermédiaire des services départementaux, de PAJEMPLOI et des relais assistants maternels (RAM pour les assistants maternels). Leurs représentants seront associés à la diffusion de cette information.

Les parents et futurs parents, bénéficiaires de ces nouvelles possibilités d'information et de mise en relation, en seront informés par les CAF selon différents canaux (caf.fr, monenfant.fr, compte allocataire, campagne de communication…).

d) Suivi de la mise en œuvre

La montée en charge de ces deux mesures pourra être mesurée en suivant l'évolution du nombre d'assistants maternels et d'établissements d'accueil de jeunes enfants ayant rendu leurs disponibilités publiques.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de l'action sociale et des familles	
	Article L. 241-1-1 (nouveau)
	Les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
Article L. 421-3 (actuel)	**Article L. 421-3 (modifié)**
L'agrément nécessaire pour exercer la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial est délivré par le président du conseil départemental du département où le demandeur réside. Un référentiel approuvé par décret en Conseil d'Etat fixe les critères d'agrément. Au cours de la procédure d'instruction de la demande d'agrément, le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique peut solliciter l'avis d'un assistant maternel ou d'un assistant familial n'exerçant plus cette profession, mais disposant d'une expérience professionnelle d'au moins dix ans, et titulaire d'un des diplômes prévus par voie réglementaire. La procédure d'instruction doit permettre de s'assurer de la maîtrise du français oral par le candidat. L'agrément est accordé à ces deux professions si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs et majeurs de moins de vingt et un ans accueillis, en tenant compte des aptitudes éducatives de la personne. Les modalités d'octroi ainsi que la durée de l'agrément sont définies par décret. Cette durée peut être différente selon que l'agrément est délivré pour l'exercice de la profession d'assistant maternel	L'agrément nécessaire pour exercer la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial est délivré par le président du conseil départemental du département où le demandeur réside. Un référentiel approuvé par décret en Conseil d'Etat fixe les critères d'agrément. Au cours de la procédure d'instruction de la demande d'agrément, le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné au chapitre II du titre Ier du livre Ier de la deuxième partie du code de la santé publique peut solliciter l'avis d'un assistant maternel ou d'un assistant familial n'exerçant plus cette profession, mais disposant d'une expérience professionnelle d'au moins dix ans, et titulaire d'un des diplômes prévus par voie réglementaire. La procédure d'instruction doit permettre de s'assurer de la maîtrise du français oral par le candidat. L'agrément est accordé à ces deux professions si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs et majeurs de moins de vingt et un ans accueillis, en tenant compte des aptitudes éducatives de la personne **et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.** Les modalités d'octroi

ou d'assistant familial. Les conditions de renouvellement de l'agrément sont fixées par ce décret. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 421-9, le renouvellement de l'agrément des assistants familiaux est, sous réserve des vérifications effectuées au titre du sixième alinéa du présent article, automatique et sans limitation de durée lorsque la formation mentionnée à l'article L. 421-15 est sanctionnée par l'obtention d'une qualification. (…)	ainsi que la durée de l'agrément sont définies par décret. Cette durée peut être différente selon que l'agrément est délivré pour l'exercice de la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial. Les conditions de renouvellement de l'agrément sont fixées par ce décret. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 421-9, le renouvellement de l'agrément des assistants familiaux est, sous réserve des vérifications effectuées au titre du sixième alinéa du présent article, automatique et sans limitation de durée lorsque la formation mentionnée à l'article L. 421-15 est sanctionnée par l'obtention d'une qualification. (…)
L. 421-4 (actuel)	**L. 421-4 (modifié)**
L'agrément de l'assistant maternel précise le nombre et l'âge des mineurs qu'il est autorisé à accueillir simultanément ainsi que les horaires de l'accueil. Le nombre des mineurs accueillis simultanément ne peut être supérieur à quatre y compris le ou les enfants de moins de trois ans de l'assistant maternel présents à son domicile, dans la limite de six mineurs de tous âges au total. Toutefois, le président du conseil départemental peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil de plus de quatre enfants simultanément, dans la limite de six enfants au total pour répondre à des besoins spécifiques. Lorsque le nombre de mineurs fixé par l'agrément est inférieur à quatre, le président du conseil départemental peut modifier celui-ci pour augmenter le nombre de mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément, dans la limite de quatre mineurs et dans les conditions mentionnées ci-dessus. Le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément fixé par l'agrément est sans préjudice du nombre de contrats de travail, en cours d'exécution, de l'assistant maternel. L'agrément initial de l'assistant maternel autorise l'accueil de deux enfants au minimum, sauf si les conditions d'accueil ne le permettent pas. Le refus de délivrer un premier agrément autorisant l'accueil de deux enfants ou plus est motivé. Les modalités du contrôle auquel sont soumis les assistants maternels sont définies par décret en Conseil d'Etat.	L'agrément de l'assistant maternel précise le nombre et l'âge des mineurs qu'il est autorisé à accueillir simultanément ainsi que les horaires de l'accueil. Le nombre des mineurs accueillis simultanément ne peut être supérieur à quatre y compris le ou les enfants de moins de trois ans de l'assistant maternel présents à son domicile, dans la limite de six mineurs de tous âges au total. Toutefois, le président du conseil départemental peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil de plus de quatre enfants simultanément, dans la limite de six enfants au total pour répondre à des besoins spécifiques. Lorsque le nombre de mineurs fixé par l'agrément est inférieur à quatre, le président du conseil départemental peut modifier celui-ci pour augmenter le nombre de mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément, dans la limite de quatre mineurs et dans les conditions mentionnées ci-dessus. Le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément fixé par l'agrément est sans préjudice du nombre de contrats de travail, en cours d'exécution, de l'assistant maternel. L'agrément initial de l'assistant maternel autorise l'accueil de deux enfants au minimum, sauf si les conditions d'accueil ne le permettent pas. Le refus de délivrer un premier agrément autorisant l'accueil de deux enfants ou plus est motivé. **Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités**

	d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités du contrôle auquel sont soumis les assistants maternels sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article 50 - Mesure de convergence des prestations familiales à Mayotte

I. Présentation de la mesure

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

Les prestations familiales ont été mises en place à Mayotte selon un régime spécifique par l'ordonnance[1] du 7 février 2002.

Les prestations familiales sont gérées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour tous les allocataires, français ou étrangers résidant régulièrement à Mayotte (détenteurs de la carte de résident ou d'un titre de séjour), ayant la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants âgés de 0 à 20 ans résidant eux-mêmes à Mayotte. Les prestations familiales ne sont pas soumises à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), ce qui constitue une dérogation importante par rapport aux règles applicables en métropole (ainsi que dans les autres départements d'outre-mer).

Plusieurs étapes ont marqué le processus de mise en place des prestations familiales, avec un mouvement marqué par une convergence, renforcéesur les derniers exercices :

- Mars 2002 : premiers paiements des allocations familiales ;
- Rentrée scolaire 2002 : premiers versements de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ;
- Janvier 2004 : premiers paiements de l'allocation logement à caractère familial ;
- Avancement depuis 2006 de la date de versement de l'allocation de rentrée scolaire avant la rentrée (dès le mois d'août) et non plus après la rentrée, en cohérence avec les règles de droit commun applicables et au plus près du besoin réel des familles ;
- Relèvement en 2007 du montant des allocations familiales de 30 % et doublement du montant de l'ARS ;.
- Fin 2010 : mise en place, avec la création de la maison des personnes handicapées, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (sans les compléments), étendue à Mayotte par une ordonnance en 2008.
- Versement de l'intégralité de l'ARS à la famille avec la suppression de la part établissement versée à l'établissement scolaire dans le secondaire (qui représentait 28 % du montant de la prestation) par la loi du 7 décembre 2010 relative au département de Mayotte.
- Fixation d'un plan de convergence sur 15 ans des allocations familiales (à horizon 2026) et alignement progressif sur 4 ans du montant de l'ARS sur celui applicable en métropole par l'ordonnance du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans la cadre de la départementalisation ;
- Application de la revalorisation exceptionnelle de 25 % du montant de l'ARS à Mayotte en 2012 décidée parallèlement en métropole et au sein des autres territoires ultramarins dans le cadre du plan pauvreté ;
- Exclusion de la modulation des allocations familiales par la LFSS pour 2016 ;
- Plus récemment avec la loi du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer (LEROM), nouvelle accélération du plan de convergence des allocations familiales (à horizon 2021), extension des compléments à l'allocation de l'AEEH, extension du complément familial et de son montant majoré en vigueur dans les quatre DOM historiques à compter du 1er janvier 2018.

S'agissant de l'ARS,les conditions d'attribution aux familles mahoraises présentent certains avantages par rapport à la métropole : l'ARS est versée jusqu'aux 20 ans de l'enfant contre 18 ans en métropole et dans les autres départements ultra-marins. Son montant est par ailleurs modulé selon les cycles scolaires, et non pas en fonction de l'âge des enfants.

S'agissant de l'AEEH, les compléments à cette prestation ont été étendus par la loi du 28 février 2017. La prestation n'est cependant applicable aujourd'hui que pour un périmètre restreint de bénéficaires (cf. *infra*).

Au global et en conséquence de ces extensions progressives, les prestations familiales dont peuvent bénéficier les Mahorais s'inscrivent dans une logique de convergence forte avec les prestations applicables en métropole, avec des barèmes faisant l'objet d'un alignement progressif, accéléré par la LEROM, tout en présentant, comme les autres départements d'outre-mer, certains caractéristiques plus favorables, comme le versement des allocations familiales dès le 1er enfant ou l'absence de modulation des allocations familiales en fonction des ressources.

[1] Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

a) L'allocation de rentrée scolaire différentielle

Certains volets des prestations familiales ne sont cependant pas applicables à Mayotte, contrairement aux autres départements d'outre-mer. Ainsi, les familles métropolitaines et des autres territoires ultra marins dont les ressources dépassent légèrement le seuil de ressources de l'ARS ont droit à une prestation dont le montant est dégressif en fonction de leurs ressources : l'ARS différentielle. Or, cette prestation différentielle n'est pas servie à Mayotte.

Par ailleurs, les modalités de revalorisation des plafonds de ressources de cette prestation (ainsi que du complément familial) divergent de celles retenues en métropole et dans les autres départements et régions d'outre-mer. La revalorisation annuelle du plafond de ressources de l'ARS et du complément familial[1] est indexée sur l'évolution du salaire minimum prévu à l'article L. 141-1 du code du travail applicable dans la collectivité départementale de Mayotte, et donc à l'évolution du SMIC de Mayotte. Or, la règle générale pour l'évolution des plafonds de ressources en métropole et en outre-mer (autres départements et régions d'outre-mer, Saint-Martin, Saint-Barthélémy, Saint-Pierre-et-Miquelon) est l'indexation sur l'évolution des prix hors tabac.

Il est proposé, dans le cadre de la mise en place d'une ARS différentielle, d'harmoniser ces dispositions de revalorisation avec celles en vigueur partout ailleurs à compter du 1er janvier 2021.

b) L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Par ailleurs, l'AEEH est attribuée à Mayotte pour l'enfant dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %, alors qu'en métropole (et dans les autres départements d'outre-mer) elle est également attribuée à l'enfant dont le handicap entraîne une incapacité permanente comprise entre 50 et 79 % s'il fréquente un établissement d'éducation spéciale ou exige le recours à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile.

Cette restriction du périmètre est préjudiciable à l'accompagnement des enfants en situation de handicap à Mayotte.

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

a) Mesure proposée

Il est proposé d'étendre l'ARS différentielle attribuée aux ménages dont les ressources dépassent légèrement le seuil de bénéfice de cette prestation, et ce, à compter de la rentrée scolaire 2020. La prestation peut être versée au plus tard au 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

Au-delà de cette mesure de lissage des effets de seuil induits par les caractéristiques actuelles de la prestation, le mode d'indexation des plafonds de ressources applicable en métropole et dans les autres départements ou collectivités d'outre-mer sera étendu à Mayotte.

D'autres dispositions seront également introduites dans ce cadre, au niveau législatif comme au niveau réglementaire, afin d'assurer une gestion optimisée de l'ARS, en étendant certains outils déjà utilisés par les CAF et caisses de MSA. Les dispositions du code de la sécurité sociale autorisant les caisses à différer ou abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances ou dettes à l'égard des cotisants ou des assurés seront étendues à Mayotte. Cette disposition permettra d'introduire le seuil de non versement de l'ARS fixé par décret simple à 15€ par famille en métropole, constituera une mesure de simplification en gestion pour les organismes et évitera de solliciter les assurés pour le recouvrement de créances de montant très faible.

Il est également proposé d'étendre le bénéfice de l'AEEH aux enfants se voyant reconnaitre un taux d'incapacité compris entre 50 et 79% selon des conditions identiques à la métropole, et ce, à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er décembre 2020. Cetteéchéance peut être retardée jusqu'au 30 juin 2021. L'extension de ce périmètre apportera une aide significative à de nouveaux foyers bénéficiaires qui ont à leur charge un enfant handicapé.

b) Autres options possibles

Sans objet, ne pas prendre ces mesures reviendrait à maintenir l'écart existant entre les dispositions applicables à Mayotte et sur le reste du territoire national.

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

La mesure d'extension des prestations familiales 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 au titre des exercices à venir.

[1] Pour rappel :
- le plafond du CF à Mayotte unique correspond à la moyenne des plafonds couple et isolement/bi-activité.
- le plafond de l'ARS à Mayotte est supérieur de 6000€ pour 1 enfant à charge au plafond applicable en métropole.

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

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

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.

Il est de jurisprudence constante par la CJUE qu'il appartient ainsi à la législation de chaque État membre 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 au droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Les dispositions concernées relèvent d'ordonnances et ne sont pas codifiées (ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte).

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	*Non concernés*
Mayotte	*Mesure directement applicable*
Mesure directement applicable	*Non concernés*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Non concernés*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Non concernés*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

Au 31 décembre 2017, 1 050 familles ont bénéficié de l'ARS différentielle (1 700 enfants) dans les DOM historiques sur un total de 167 000 foyers bénéficiaires (soit 0,01 % des foyers bénéficiaires).

On peut estimer que eu égard au nombre de familles bénéficiaires de l'ARS à Mayotte (11 550 familles en 2018), les familles bénéficiaires de l'ARS différentielle devraient avoisiner 120 foyers environ .

12 050 foyers ont bénéficié de l'AEEH dans les DOM historiques pour une dépense de 44 M€ (304€ par foyer).

Si l'on compare les départements de Mayotte et de la Guyane (départements dont la taille de population et la proportion de jeunes sont les plus proches), 198 foyers ont bénéficié en mars 2019 de l'AEEH à Mayotte pour un taux d'incapacité d'au moins 80 % alors que 1 658 foyers ont bénéficié de l'AEEH toutes situations confondues en Guyane.

Si l'on considère une montée en charge progressive du recours à l'extension du périmètre de l'AEEH pour atteindre le même nombre de bénéficiaires en 2026 que la Guyane, l'impact financier de la mesure se traduirait par un surcoût en en 2022 de près d'1,5 M€ et atteindrait 5,3 M€ en 2026.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
		- 0,12 M€	- 1,46 M€	- 2,18 M€	-3,28 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

L'AEEH, comme ses compléments, peut notamment avoir pour objet de couvrir un perte ou réduction d'activité des parents ou encore d'emploi d'une tierce personne. Aussi, l'extension du bénéfice de cette prestation à de nouveaux foyers particpera à la dynamique économique du département, soit en permettant le maintien durable dans l'emploi dans les personnes devant pour une certaine durée interrompre ou réduire leur activité, soit en encourageant le recours à l'emploi d'une tierce personne.

b) Impacts sociaux

- ***Impact sur les jeunes***

La mise en place de l'ARS différentielle permettra aux jeunes scolarisés de bénéficier d'une aide financière pour assurer une rentrée scolaire dans de bonnes conditions matérielles.

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

Cette mesure permettra d'accompagner les parents afin d'assurer une meilleure prise en charge du handicap de leur enfant.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est sans impact environnemental.

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

Sans objet.

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

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

L'extension de l'ARS différentielle ne nécessitera pas de démarche administrative spécifique de la part des assurés puisqu'elle continuera à leur être versée automatiquement.

S'agissant de l'extenson de l'AEEH, les familles devront formuler une demande de prestations auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Mayotte, comme c'est le cas actuellement pour les parents d'enfants ayant un handicap de plus de 80 %.

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

La mesure d'extension de l'ARS différentielle est une mesure de simplification qui sera gérée par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

La coexistence de différents système de revalorisation des plafonds de ressources ne participe pas à la lisibilité des prestations familiales. Elle participe à la volonté de simplifier la gestion des prestations par les caisses. Elle nécessite de modifier le système d'information de la caisse.

La mesure relative à l'extension de l'AEEH sera mise en œuvre par la maison départementale des personnes handicapées et la caisse de sécurité sociale de Mayotte chargée du versement de la prestation et dont le , système d'information devra être adapté.

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

La mesure sera gérée, et notamment son coût de développement informatique, dans le cadre des moyens existants définis dans la convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF pour 2018-2022.

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

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

La mesure nécessitera de modifier le décret n°2002-423 du 29 mars 2002 relatif aux prestations familiales à Mayotte.

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

Compte tenu des délais d'adaptation requis pour le système d'information de la CNAF et de l'impact sur l'activité de la maison départementale des personnes handicapées de Mayotte :

- la date de versement de l'ARS différentielle (applicable à compter de la rentrée scolaire 2020) interviendra au plus tard le 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021 ;
- la date d'entrée en vigueur de la mesure relative à l'AEEH sera fixée par décret, et au plus tard le 1er décembre 2020. Cette échéance peut être retardée jusqu'au 30 juin 2021.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

L'information des allocataires sera assuré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure pourra s'effectuer dans le cadre de droit commun du suivi des dépenses des organismes.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	
Article 8 (actuel)	**Article 8 (modifié)**
Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5. Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19.	Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5. Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté **selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale** ~~conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail.~~ Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19. **Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14.**
Article 10-1 (actuel)	**Article 10-1 (modifié)**
Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par décret. Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant	~~Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par décret.~~ ~~Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant~~

l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire. L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, qui apprécie si l'état de l'enfant justifie cette attribution. Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant handicapé ne donne pas suite aux mesures préconisées par la commission, l'allocation peut être suspendue ou supprimée dans les mêmes conditions et après audition de cette personne sur sa demande. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge. L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.	~~l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.~~ ~~L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, qui apprécie si l'état de l'enfant justifie cette attribution.~~ ~~Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant handicapé ne donne pas suite aux mesures préconisées par la commission, l'allocation peut être suspendue ou supprimée dans les mêmes conditions et après audition de cette personne sur sa demande.~~ ~~L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.~~ ~~L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.~~ **Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.**
Article 10-2 (actuel)	**Article 10-2 (abrogé)**
Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de son complément mentionnés à l'article 10-1 de la présente ordonnance ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.	~~Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de son complément mentionnés à l'article 10-1 de la présente ordonnance ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.~~
Article 12 (actuel)	**Article 12 (modifié)**
Les articles L. 133-4-6, L. 512-5, L. 551-1, L. 552-1, L. 553-1, L. 554-1, L. 554-2, L. 554-3, L. 554-4, L. 583-1 et L. 583-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations prévues au présent chapitre.	Les articles **L. 133-3,** L. 133-4-6, L. 512-5, L. 551-1, L. 552-1, L. 553-1, L. 554-1, L. 554-2, L. 554-3, L. 554-4, L. 583-1 et L. 583-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux prestations prévues au présent chapitre.

Article 51 - Élargissement des possibilités de créer des caisses communes de sécurité sociale

I. Présentation de la mesure

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

Crée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale prévoit que « des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés. »

Sur la base de ces dispositions ouvrant la possibilité d'expérimenter, dans le régime général, des caisses multi-branches dans des départements particulièrement désertifiés, seuls trois départements à l'époque avaient l'ensemble de leurs communes classées en zone de revitalisation rurale (la Lozère, la Creuse et le Lot). La Guyane est devenue ensuite également éligible.

En pratique seule la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère (CCSSL) a été créée, à titre expérimental le 1er janvier 2009, pour une durée de cinq ans. Cette caisse assure la gestion des branches maladie, famille et recouvrement et couvre environ 50 000 ressortissants pour une population de 77 000 habitants. Sa gouvernance est alignée sur celle des CPAM conformément à l'article L. 216-5 CSS.

À la fin de la période d'expérimentation, un bilan a été dressé qui a démontré l'intérêt, pour le département de la Lozère, de bénéficier de ce type d'organisation qui permet de gérer de manière efficiente les différentes branches de prestations et de maintenir la présence physique d'organismes de sécurité sociale sur ce territoire.

La caisse commune offre en effet une réponse aux bénéficiaires par le biais d'un accueil et d'une plate-forme téléphonique uniques, évitant ainsi les démarches multiples. Elle propose une offre globale d'accueil et de prise en charge des assurés. Le traitement des recours et des demandes d'action sociale, dans les champs de la famille et de la maladie, est unifié et donc simplifié pour les usagers.

Il convient aussi de relever que cette caisse bénéficie de la politique de mutualisation de services conduite par les caisses nationales. En l'espèce, elle a pris en charge un plateau de la plateforme d'entraide nationale assurance maladie ainsi que la gestion, pour toute la région, du centre « EPTICA » (gestion des courriels de l'assurance maladie).

Afin de développer de telles caisses communes pour maintenir ou accroître quand cela est nécessaire les implantations sur le territoire et assurer la soutenabilité des activités dans les organismes départementaux de taille réduite, il convient d'alléger les critères prévus à l'époque, et notamment celui obligeant à ce que l'ensemble des communes du département soit classées en ZRR.

A titre d'exemple, par résolution du 19 décembre 2018 le Conseil d'administration de la Caf des Hautes-Alpes s'est prononcé en faveur de la création d'une caisse commune des Hautes-Alpes réunissant la Caf et la Cpam. Une résolution identique a été adoptée par le Conseil de la Cpam des Hautes-Alpes le 16 octobre 2018. Or, l'ensemble des communes du département des Hautes-Alpes n'étant pas classé en ZRR (même si l'immense majorité des communes est classées en zone de revitaliation rurale, Gap et quelques autres communes ne sont pas classées comme telles tandis que quelques autres communes sont classées zones de montagne), la création de la caisse commune n'est pas possible au vu de la rédaction actuelle de l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale.

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

a) Mesure proposée

La présente mesure supprime à l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale la référence aux départements « dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts » afin de lever les freins à la création de ces caisses quand les conseils et conseils d'administration souhaitent en prendre l'initiative.

Par ailleurs, à ce même article L. 216-4, le critère d'une phase d'expérimentation de 5 ans préalable à toute pérennisation est supprimée.

S'agissant de la gouvernance de la caisse commune prévue à l'article L. 216-5 du code de la sécurité sociale, celle-ci n'est pas modifiée.

En ce qui concerne la politique d'action sociale, le conseil délibère, dans le cadre du renvoi aux dispositions prévues à l'article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale, dans le respect des orientations définies par la Caisse nationale de

l'assurance maladie et en tenant compte des orientations définies par la caisse nationale d'allocations familiales en vertu de l'article L. 216-5 du code de la sécurité sociale.

Afin de tenir compte des prérogatives des conseils d'administration en matière d'action sociale familiale, il est proposé de supprimer le mot « sanitaire » qui n'est pas approprié pour la branche famille. En outre, pour asseoir juridiquement l'examen des dossiers d'action sociale par les membres du Conseil de la caisse commune qui serait créée, il est proposé de réaffirmer à l'article L. 216-5 qu'en matière de politique d'action sociale, « le conseil délibère dans le respect » des orientations définies par la Caisse nationale d'assurance familiale.

b) Autres options possibles

La condition de classement en zone de revitalisation rurale aurait pu être assouplie (critère par exemple de la moitié des communes classées plutôt que l'ensemble) plutôt que supprimée, mais ce choix n'a pas été retenu afin de ne pas faire obstacle aux initiatives portées par les conseils et conseils d'administration des organismes souhaitant se regrouper.

La création de caisse commune étant aujourd'hui possible sur l'initiative exclusive des conseils et conseils d'administration des organismes se regroupant, il aurait pu être proposé d'ajouter à l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale la possibilité que les directeurs généraux des réseaux soient également porteurs de telles initiatives. Afin de ne pas entraver la dynamique locale de création des caisses communes, il est privilégié de ne pas modifier les règles de gouvernance au sein des réseaux et de laisser l'initiative aux conseils et conseils d'administration locaux.

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

La création de caisses communes, par la mutualisation des ressources entre branches, permettra de dégager des économies sur les dépenses de fonctionnement des branches.

En premier lieu, la mesure proposée a donc une incidence sur les dépenses de fonctionnement des organismes et trouve sa place en LFSS au titre du 3° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

En second lieu, d'une part la mesure est relative à l'organisation des caisses au niveau local ; d'autre part, cette mesure d'organisation aura un effet d'économies dès l'exercice 2020. Dans ces conditions, cette mesure entre dans le champ de la LFSS au titre du 3° du C du V du LO 111-3 du code de la sécurité sociale relative à « l'organisation des caisses ».

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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

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

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

a) Possibilité de codification

Modification des articles L. 216-4 et L. 216-5 du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	*Mesure directement applicable*
Mayotte	*Mesure non applicable (par ailleurs il n'existe déjà qu'une caisse de sécurité sociale dans ce département)*
Saint-Martin, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure non applicable (par ailleurs il n'existe déjà qu'une caisse de sécurité sociale dans cette collectivité)*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

La création de caisses communes, par la mutualisation des ressources entre branches, permet de dégager des économies sur les dépenses de fonctionnement des branches. Compte tenu des regroupements opérés au niveau des fonctions support (logistique, RH, comptabilité), au niveau de la direction et sur les frais de conseil, les gains estimés par caisse sont de l'ordre de 0,6 M€ à chaque fusion. Au niveau des branches, cet impact financier sera ainsi d'autant plus important qu'un nombre conséquent de caisses y recourra. Il est raisonnable d'envisager une première fusion au cours de l'année 2020 compte tenu de l'état d'avancement des projets (notamment dans les Hautes-Alpes). L'impact financier sera ainsi visible dès l'année 2020.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
Branche famille et branche maladie			+0,6	+ 0,6	+0,6

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

a) Impacts économiques

La création d'une caisse commune implique au cas par cas la modification de l'entité juridique employeur avec la reprise des droits et obligations des organismes regroupés.

b) Impacts sociaux

La création d'une caisse commune aura un impact positif en matière de maintien de l'emploi et des activités sur des territoires désertifiés. Elle facilitera également les démarches des assurés en proposant une offre de prise en charge globale en matière de sécurité sociale.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure n'a pas d'impact particulier sur les jeunes.

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

La mesure peut permettre de maintenir l'implantation des organismes (avec le développement de guichets uniques notamment) dans des territoires désertifiés et faciliter ainsi l'accès des personnes en situation de handicap aux services publics.

c) Impacts sur l'environnement

La mesure est favorable au maintien de services de proximité et donc réduit les déplacements des usagers, ce qui contribue à maitriser l'impact carbone sur l'environnement.

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

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

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

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

Il s'agit d'une mesure de simplification, qui prolonge les autres actions visant au développement de guichets uniques, permettant de maintenir et consolider l'implantation des organismes dans des territoires désertifiés et faciliter ainsi l'accès des citoyens au service public de la sécurité sociale.

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

La mesure a pour impact la modification de l'entité juridique employeur avec la reprise des droits et obligations des organismes regroupés.

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

La création de caisses communes, par la mutualisation des ressources entre réseaux, permettra de dégager des économies sur les dépenses de fonctionnement des branches.

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.

Au cas par cas, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés entérinera la création d'une caisse commune de sécurité sociale.

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

La mesure est d'entrée en vigueur immédiate.

Compte tenu des initiatives prises à ce jour par les Caf et Cpam des Hautes-Alpes, la caisse commune des Hautes Alpes pourrait être envisagée prochainement.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les assurés et cotisants seront informés par les voies et moyens habituels du regroupement de leurs organismes au sein d'une caisse commune comme il en est déjà le cas pour tout changement d'implantation territoriale ou de réorganisation de services.

d) Suivi de la mise en œuvre

La mesure sera suivie annuellement lors des bilans annuels d'activité et de suivi des conventions d'objectif et de gestion avec chacune des caisses nationales.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 216-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 216-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts peuvent, sur l'initiative de leurs Conseils et Conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des Conseils et Conseils d'administration des organismes nationaux concernés.	Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale ~~des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts~~ peuvent, sur l'initiative de leurs Conseils et Conseils d'administration, proposer la création, ~~à titre expérimental pour une durée de cinq ans~~ **aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale**, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des Conseils et Conseils d'administration des organismes nationaux concernés.
Article L. 216-5 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 216-5 modifié du code de la sécurité sociale**
La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune : 1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ; 2° De représentants des associations familiales ; 3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ; 4° De personnes qualifiées. Siège également, avec voix consultative, un représentant désigné en son sein par l'instance régionale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 612-4. Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales. Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.	La caisse commune de sécurité sociale ~~créée à titre expérimental~~ est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune : 1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ; 2° De représentants des associations familiales ; 3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ; 4° De personnes qualifiées. Siège également, avec voix consultative, un représentant désigné en son sein par l'instance régionale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 612-4. Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. ~~Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales~~ **Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales.** Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

Article 52 - Revalorisation différenciée des prestations sociales

I. Présentation de la mesure

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

Le Gouvernement propose au Parlement de confirmer son vote de 2019 prévoyant une revalorisation maîtrisée des prestations sociales, en garantissant toutefois une réindexation sur l'inflation des prestations d'une large part des retraités et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, ainsi que celles bénéficiant aux personnes ayant des ressources modestes , aux bénéficiaires de minima sociaux (minimum vieillesse notamment).

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

a) Mesure proposée

Il est proposé, au titre de 2020, de réindexer sur l'inflation (qui devrait s'élever à 1 % selon les prévisions actuelles) les pensions de retraite et d'invalidité des assurés lorsque le montant total des pensions se situe autour d'un seuil fixé à 2 000 € brut. Le montant total des pensions perçues sera pris en compte, incluant, s'agissant des retraités l'ensemble des pensions de base et complémentaires de droit direct et dérivé, majorations comprises, perçues par un même assuré.

Par ailleurs, il est proposé une mesure de « lissage » pour les assurés proches du seuil de 2 000 €. Ainsi, les retraités et invalides percevant un montant mensuel total de pensions compris entre 2 000 € et 2 014 € verront leur prestations revalorisées d'un pourcentage intermédiaire entre 0,3 % et l'inflation. Ainsi les pensions comprises entre 2 000 € et 2 008 € bénéficieront d'une revalorisation de 0,8 %, celles comprises entre 2 008 € et 2 012 € seront revalorisées de 0,6 % et celles comprises entre 2012 € et 2014 € seront revalorisées de 0,4 %.

Les majorations des pensions de retraite qui s'adressent aux assurés les plus modestes (minimum contributif et minimum de réversion, majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge, pension majorée de référence des exploitants agricoles) seront également revalorisées en fonction de l'inflation.

Afin de préserver le pouvoir d'achat des plus modestes, le Gouvernement fait le choix de revaloriser également au niveau de l'inflation les minimas sociaux, notamment le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de veuvage, l'allocation supplémentaire d'invalidité, le revenu de solidarité outre-mer et l'allocation de solidarité spécifique (ASS). En outre, le minimum vieillesse (ASPA et 2e étage des anciennes allocations) bénéficiera, conformément aux engagements du Président de la République en faveur des retraités les plus modestes, d'une revalorisation exceptionnelle portant son montant pour une personne seule à 903,20 € au 1er janvier 2020.

Les autres prestations sociales seront revalorisées de 0,3 % au titre de l'année 2020, y compris celles servies par les régimes spéciaux.

Sont notamment concernés par cette revalorisation maitrisée :

- L'ensemble des montants des prestations familiales, mais pas leur plafond de ressources qui restera indexé selon les modalités de droit commun ;
- Les prestations AT-MP (rentes, indemnités en capital) ainsi que le salaire minimum des rentes.

Enfin, il est proposé d'aligner les modalités de revalorisation des pensions de retraite de base servies par le régime d'assurance vieillesse des avocats, aujourd'hui fixées par délibération de l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale des barreaux français, sur celles des autres pensions de retraite. Ces pensions seront donc revalorisées en 2020 selon les modalités prévues par le présent article, et selon les modalités de droit commun pour les années ultérieures.

L'allocation aux adultes handicapés, la prime d'activité et les aides personnelles au logement (APL) font l'objet de dispositions spécifiques en projet de loi de finances pour 2020.

b) Autres options possibles

Une alternative aurait consisté à ne pas du tout revaloriser les prestations sociales, ce qui aurait été contraire à la logique même de cette mesure de prioriser l'effort de revalorisation des prestations sur les publics les plus fragiles.

Une autre option aurait été de geler les prestations sociales et les pensions de retraite excédant le seuil de 2 000 € mais aurait été contraire à l'objectif affiché par le Président de la République à l'issue du Grand débat national, d'améliorer la situation des retraités modestes.

Une dernière option aurait consisté à fonder la différenciation du niveau de revalorisation des pensions de retraite et d'invalidité sur le revenu fiscal de référence des assurés concernés. Toutefois elle aurait présenté un risque de rupture d'égalité en tenant compte dans la détermination des droits à pension de retraite des facteurs, tels que la situation de famille de l'assuré et le montant de revenus de toutes origines, qui sont en principe étrangers à la logique de l'assurance vieillesse. Ainsi, elle aurait pu conduire à ce que deux assurés percevant la même pension de retraite se voient appliquer

une revalorisation différente compte tenu de l'ensemble des ressources perçues par le foyer fiscal, ce qui aurait des effets permanents alors que les autres revenus pris en compte pourraient n'être que temporaires. Par ailleurs, la différence d'approche entre pensions de retraite (principe de contributivité) et revenus du foyer (familialisation) aurait emporté des différences de traitement susceptibles d'être accentuées selon la part prise par les revenus extérieurs à la pension dans le total des ressources.

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

Cette mesure a un impact direct sur les dépenses de l'exercice 2020 des régimes obligatoires de base. Elle relève donc du champ de la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM, le conseil d'administration de la CNSA et le conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français 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

La mesure n'a pas vocation à être codifiée car elle ne s'applique qu'en 2020.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucun article n'est abrogé.

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, Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure applicable*

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

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

L'impact financier est présenté en écart par rapport à la situation qui aurait prévalu avec l'application des règles de revalorisation habituelles (c'est-à-dire par rapport à un taux d'évolution de 1 %, niveau d'inflation prévu pour 2020).

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	Champ	**Impact financier en droits constatés (en Md €)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
		2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
Ensemble des prestations	**Total**		***0,8***	***0,9***	***0,9***	***0,9***
	Etat		*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
	ASSO (ROBSS)		*0,5*	*0,6*	*0,6*	*0,6*
Dont prestations revalorisées en janvier	**Total**		***0,6***	***0,7***	***0,7***	***0,7***
	Etat		*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
	ASSO (ROBSS)		*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,4*
Prestations d'invalidité (Fonction publique et régimes équilibrés par l'Etat)	Etat					
Rentes AT-MP (Fonction publique et régimes équilibrés par l'Etat)	Etat		*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Pensions de retraite	**Total**		**0,6**	**0,7**	**0,7**	**0,7**
	ASSO (ROBSS)		*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,4*
	Etat		*0,3*	*0,3*	*0,3*	*0,3*
Dont prestations revalorisées en avril	**ASSO (ROBSS)**		***0,2***	***0,2***	***0,2***	***0,2***
Prestations familiales	ASSO (ROBSS)		**0,1**	**0,2**	**0,2**	**0,2**
Allocations familiales			*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*
Complément familial et allocation de soutien familial			*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Prestation d'accueil du jeune enfant			*0,0*	*0,1*	*0,1*	*0,1*
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé			*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Allocation de rentrée scolaire			*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*
Prestations d'invalidité	ASSO (ROBSS)					
Rentes AT-MP	ASSO (ROBSS)		*0,0*	*0,0*	*0,0*	*0,0*

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

Hypothèses macroéconomiques d'avril 2019

Champ : hors Aide Personnalisée au Logement, Prime d'Activité, Allocation Adulte Handicapé, la ligne Etat couvre les impacts de la mesure sur les pensions de retraite, d'invalidité et les rentes AT versées par l'Etat ou par des régimes équilibrés par l'Etat

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

a) Impacts économiques

Compte tenu de son ciblage et de son caractère ponctuel, cette mesure aura un impact limité sur l'activité économique.

b) Impacts sociaux

Cette mesure permet de soutenir le pouvoir d'achat des assurés ayant les plus faibles ressources, en revalorisant sur la base de l'inflation les minima sociaux.

Elle permet également de préserver la situation de près de 14 millions de retraités qui bénéficieront d'une réindexation de leur pension de retraite sur l'inflation (soit 77 % de l'ensemble des retraités), ainsi que des bénéficiaires de pensions d'invalidité.

Les taux de revalorisation prévus pour les assurés dont le montant de pension est compris entre 2000 € et 2014 € permettent d'assurer un lissage des effets de la mesure pour les personnes situées autour du seuil retenu, en limitant à 3,92 € l'écart mensuel maximum entre deux pensions de retraite dont les montants se suivent immédiatement à la décimale près.

En pratique, la revalorisation des pensions de base interviendra dès janvier 2020 sur le niveau d'inflation pour les retraités percevant moins de 1 874 € nets (soit un montant brut de 2000 € pour la majorité des pensionnés) et à hauteur de 0,3 % pour les retraités dont les revenus sont supérieurs à ce seuil. Une régularisation interviendra en mai avec effet rétroactif au 1er janvier pour ceux dont le montant de pension n'aurait pas pu avoir été évalué avec certitude au-dessous de 2000€ et n'aurait donc pas bénéficié de la revalorisation sur l'inflation et qui, au vu des données définitives consolidées dans les systèmes d'information en janvier, auraient dû en bénéficier.

- ***Impact sur les jeunes***

Cette mesure impactera dans les mêmes proportions l'ensemble des assurés bénéficiant des prestations sociales concernées, quel que soit leur âge.

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

Les bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) verront leur allocation (AEEH de base et compléments) revalorisée de 0,3 % au 1er avril 2020. L'AAH sera en revanche revalorisée en loi de finances à hauteur de l'inflation.

c) Impacts sur l'environnement

Néant

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

Cette mesure permettant de soutenir le pouvoir d'achat des assurés ayant les plus faibles ressources, profitera plus particulièrement aux femmes dont les pensions de retraite sont plus faibles que celles des hommes compte tenu de carrières professionnelles plus marquées par de faibles rémunérations, ainsi que par des périodes d'interruption d'activité et de temps partiel.

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

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

Néant

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

La mise en œuvre d'une revalorisation en fonction d'un coefficient fixé à 0,3 % est neutre en gestion pour les régimes de sécurité sociale. En revanche, l'application d'un coefficient différencié en fonction du seuil de 2 000 € nécessitera des adaptations informatiques conséquentes. Ces adaptations porteront à la fois sur les systèmes d'information propres à chaque régime afin de gérer plusieurs taux de revalorisation mais supposent également la mobilisation d'outil inter-régimes (le dispositif de ressources mensuelles) permettant de connaitre le montant, tous régimes confondus, des pensions de retraite perçues par les assurés en 2019 et ainsi déterminer le coefficient de revalorisation applicable.

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

Néant

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

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

Aucun texte d'application n'est nécessaire.

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

Cette mesure s'appliquera à la revalorisation des prestations devant intervenir en 2020.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information sera assurée par les caisses et les services de l'Etat chargés du versement des prestations concernées.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi par les organismes de sécurité sociale et par la direction de la sécurité sociale dans le cadre des PQE.

Annexe : prestations relevant de l'article L. 161-25 selon qu'elles sont concernées ou non par la mesure

2. Prestations non concernées par la revalorisation de 0,3 %

- Pensions de retraite de base et d'invalidité pour les assurés dont le montant de retraite global ou d'invalidité est situé sous le seuil de 2 000 €
- Pensions de vieillesse des régimes complémentaires relevant de cet article (IRCANTEC, RAFP, RCI)
- Minimum vieillesse (ASPA et anciennes allocations)
- Minimum contributif
- Minimum de réversion
- Majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge
- Pension majorée de référence des exploitants agricoles et son seuil d'écrêtement
- Allocation de veuvage
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)
- Revenu de solidarité active (RSA)
- Allocation temporaire d'attente (ATA) (pour le seul stock de bénéficiaires de la protection subsidiaire, la prestation ayant été supprimée pour le flux à compter du 1er septembre 2017)
- Aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants (ARFS)
- Prestation transitoire de solidarité
- Allocation de solidarité spécifique

3. Prestations revalorisées de 0,3 %

a) Par un renvoi direct à l'article L. 161-25

- Pensions d'invalidité dont le montant est supérieur à 2 000 €
- Indemnités en capital AT-MP
- Rentes AT-MP et salaire minimum des rentes AT-MP (assiette minimale)
- Prestation complémentaire pour recours à tierce personne et majoration pour tierce personne AT-MP
- Prestations familiales (via la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales, article L. 551-1 du CSS) sauf le complément 6 de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Prime d'activité
- Allocation aux adultes handicapés

b) Par un renvoi indirect via l'article L. 161-23-1

- Pensions de vieillesse de base (y compris des régimes dits intégrés) pour les assurés dont la retraite globale est supérieure à 2 000 €
- Allocation de congé-solidarité
- Majoration forfaitaire pour enfant à charge

c) Autres renvois indirects

- Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) et, par voie d'incidence :
  - Complément 6 de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé
  - Allocation personnalisée d'autonomie - APA (plafond du plan d'aide et barème de participation financière laissée à la charge du bénéficiaire)
  - Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
  - Prestation de compensation du handicap - PCH (taux de prise en charge de 100 % ou 80 % en fonction des ressources)
- Capital décès
- Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)
- Allocations du fonds spécial mentionné au 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 652-4 actuel du code de la sécurité sociale	**Article L. 652-4 modifié du code de la sécurité sociale**
Les délibérations de l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale des barreaux français fixant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 652-7 et le montant des retraites ne deviennent exécutoires que si, dans un délai déterminé à compter du jour où leur texte a été communiqué aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci n'a fait connaître qu'elle s'opposait à leur application.	Les délibérations de l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale des barreaux français fixant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 652-7 ~~*et le montant des retraites*~~ ne deviennent exécutoires que si, dans un délai déterminé à compter du jour où leur texte a été communiqué aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci n'a fait connaître qu'elle s'opposait à leur application.
	Article L. 653-7-1 nouveau du code de la sécurité sociale
	Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Article 53 - Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)

I. Présentation de la mesure

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

a) Transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH

L'AAH est un minimum social qui permet de garantir un minimum de ressources aux personnes qui ont de faibles ressources du fait de leur handicap (860 € par mois pour une personne seule sans ressources, 900 € par mois à compter de novembre 2019).

En matière de retraite, tous les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail à l'âge légal (62 ans) et bénéficient par conséquent d'une retraite à taux plein à cet âge, quelle que soit leur durée d'assurance. Ces assurés bénéficient également d'un âge abaissé de 65 à 62 ans pour l'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

L'AAH peut être attribuée aux personnes qui présentent un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 % (AAH 1) ou aux personnes qui présentent un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et qui connaissent une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (AAH 2).

Les bénéficiaires de l'AAH 1 peuvent continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de la retraite, le cas échéant à titre différentiel en complément d'autres avantages de retraite et d'invalidité qui doivent être liquidés obligatoirement. Depuis la loi de finances pour 2017, les bénéficiaires de l'AAH 1 n'ont plus l'obligation de liquider l'ASPA afin de continuer à percevoir l'AAH. Le maintien de l'AAH est avantageux puisque le plafond de ressources applicable aux couples est plus élevé et que la prestation ne fait pas l'objet d'une récupération sur succession. Ce maintien constitue également une mesure de simplification pour les bénéficiaires qui n'ont pas à effectuer de démarches supplémentaires pour continuer à bénéficier de la prestation ainsi que pour les organismes liquidateurs.

En revanche, les bénéficiaires de l'AAH 2 ne peuvent continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de la retraite. Ces personnes peuvent alors liquider leur retraite et ensuite demander l'ASPA, dont l'accès est conditionné à la liquidation de l'ensemble des droits à retraite, s'ils en remplissent les autres conditions. Pour éviter des ruptures de droits, l'assuré doit avoir effectué toutes les démarches pour liquider ses droits à retraite avant ses 62 ans.

Si la démarche de demande de retraite a bien été effectuée mais que la retraite n'a pas encore été calculée et versée, il est prévu que l'AAH (1 ou 2) continue à être servie jusqu'à ce que l'allocataire qui a déposé sa demande de retraite la perçoive effectivement. En pratique, cette procédure se traduit par un processus de réservation de fonds par les organismes d'allocations familiales, après réception de l'avis de dépôt de la demande de retraite. Cette procédure, complexe en gestion, génère des tensions sur la production au niveau des caisses de retraite. Une fois la pension de retraite versée au bénéficiaire, un dispositif de subrogation entre les organismes d'allocations familiales et les caisses de retraite est mis en place.

Cependant, au regard de la complexité de la procédure et du public concerné, de nombreux bénéficiaires de l'AAH ne procèdent pas à leur demande de retraite dans les délais, en dépit des actions entreprises par les CARSAT, qui, sur signalement des CAF, contactent les bénéficiaires de l'AAH en amont de leurs 62 ans. Les bénéficiaires de l'AAH sont donc susceptibles d'être dans une situation de rupture de droits, ce qui place ces publics fragiles dans une situation particulièrement précaire.

b) Transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA

- ***Le principe de subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA***

Les textes actuels instaurent un principe de subsidiarité du RSA par rapport aux prestations sociales contributives et non contributives, à l'exception des retraites qui en sont explicitement exclues pour les assurés non inaptes (les bénéficiaires du RSA inaptes ont quant à eux l'obligation de liquider leur retraite à l'âge légal, ce qui s'explique par le fait que l'inaptitude ouvre droit au taux plein par l'âge à 62 ans). Toutefois, les autres allocations par rapport auxquelles le RSA est subsidiaire incluent le minimum vieillesse (ASPA). Les bénéficiaires du RSA doivent donc faire valoir leur droit à l'ASPA dès qu'ils peuvent y prétendre, soit à 65 ans.

Or, la réforme des retraites de 2010 a repoussé progressivement l'âge d'octroi automatique du taux plein de 65 à 67 ans, sans décaler l'âge d'accès à l'ASPA, toujours fixé à 65 ans. L'obligation pour les bénéficiaires du RSA de liquider l'ASPA conduit ces derniers à liquider leur retraite à 65 ans, y compris avec décote s'ils ne disposent pas de la durée d'assurance requise. Ce problème sera de plus en plus prégnant au fur et à mesure de la montée en charge de l'âge du taux plein, qui atteindra 67 ans pour la génération 1955, soit en 2022.

- ***La mise en œuvre du principe de subsidiarité multiplie les démarches demandées aux assurés***

La procédure actuellement mise en place par les CAF et les MSA, sur instruction des pouvoirs publics[1], permet d'éviter de contraindre les assurés à liquider avec décote mais multiplie les démarches à la charge des assurés car elle les oblige potentiellement à effectuer plusieurs demandes d'ASPA et de retraite, à 65 ans puis à 67 ans, et les conduit à effectuer de multiples allers-retours entre CAF/MSA et caisses de retraite. Pour les caisses de retraite, cette procédure est inefficace car elle peut conduire à procéder deux fois à la l'étude du même dossier de retraite, aux 65 puis 67 ans de l'assuré.

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

a) Mesure proposée

- ***Dispositif***

<u>Transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH</u>

La mesure proposée vise, à l'instar du dispositif mis en place pour les pensions d'invalidité, à mettre en œuvre un dispositif de substitution de la retraite à l'AAH à l'âge légal afin d'assurer une continuité des droits de l'assuré entre l'AAH et la retraite.

Le dispositif consiste à fixer une date d'effet de la retraite à l'âge légal afin d'engager une liquidation automatique de la retraite à laquelle l'assuré aurait droit. Le processus de liquidation serait engagé par les CARSAT de manière anticipée suite au signalement des allocataires de l'AAH par les CAF. Cette mesure permettrait par ailleurs d'alléger le processus d'instruction, aujourd'hui complexifié par l'absence de retour de certains assurés. En tout état de cause, l'assuré qui ne souhaite pas liquider sa retraite à l'âge légal aura la possibilité de s'y opposer. La substitution automatique serait ainsi un mécanisme par défaut, en l'absence de manifestation de l'assuré.

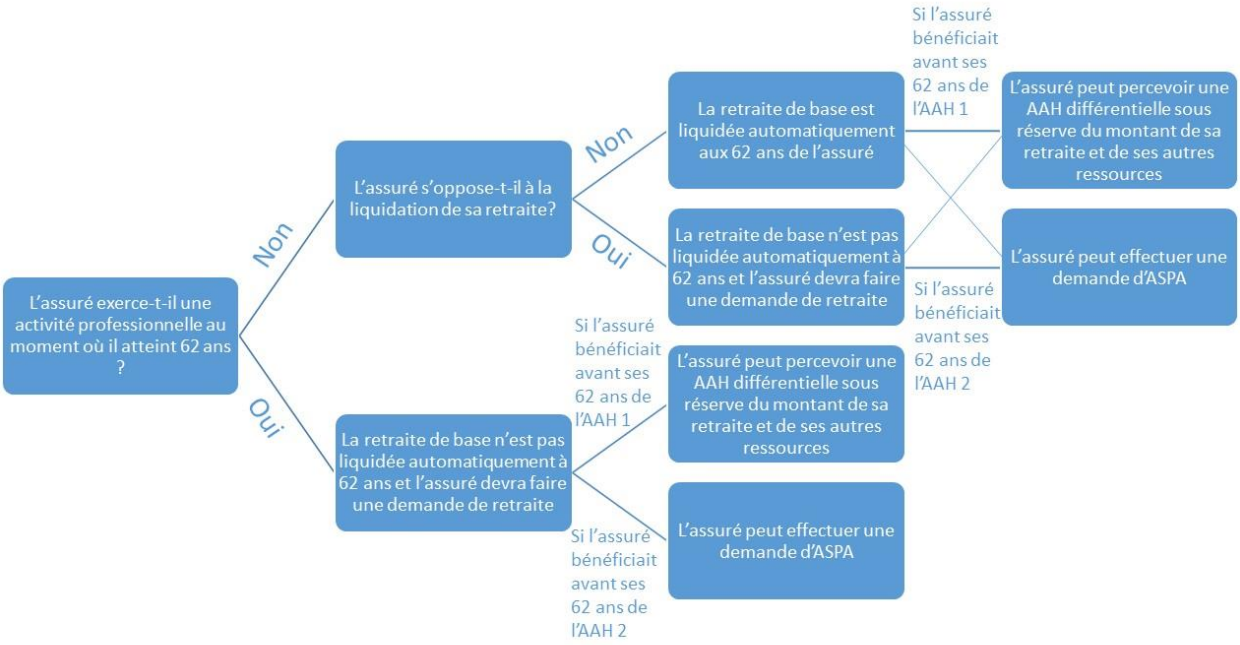
Cette substitution automatique ne pénalisera pas les assurés dans la constitution de leurs droits à retraite. En effet, les bénéficiaires de l'AAH étant réputés inaptes à l'âge auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse, ils bénéficient tous du taux plein à 62 ans, âge auquel la liquidation automatique interviendra, sans se voir appliqué une décote. Les bénéficiaires de l'AAH 2 qui ne se seraient pas opposés à la liquidation automatique de leur retraite pourraient bénéficier de l'ASPA dès 62 ans s'ils en remplissent les conditions sur proposition de leurs caisses de retraite.

Afin d'éviter tout risque de limitation de la création de droits à retraite, les bénéficiaires de l'AAH encore en activité[2] ne seront pas concernés par cette substitution automatique. Ils continueront donc à devoir procéder à une demande de retraite, qui sera calculée dans les mêmes conditions que les bénéficiaires de l'AAH concernés par la substitution automatique (bénéfice du taux plein dès 62 ans).

[1] Instruction de la CNAF diffusée à son réseau en 2015.

[2] En 2018, 8,4 % des bénéficiaires de l'AAH avaient une activité en milieu protégé et 8 % en milieu ordinaire.

Schéma de transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH à la suite de la mesure



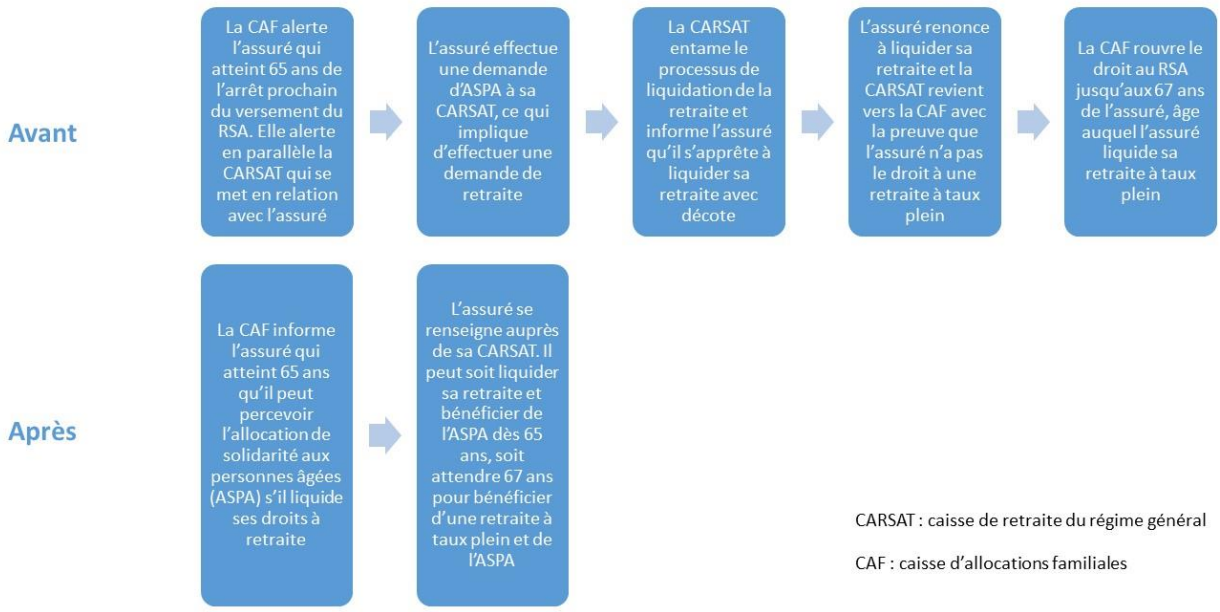
Transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA

La mesure proposée modifie l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles afin de repousser la subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA à l'âge auquel les assurés disposent d'une retraite à taux plein (soit 67 ans en cible), à l'exception des assurés n'ayant acquis aucun droit à retraite à 65 ans et des bénéficiaires du RSA inaptes pour lesquels le RSA demeurera subsidiaire par rapport à la pension de retraite dès 62 ans.

Cette mesure permettra d'éviter qu'un assuré soit contraint de liquider sa retraite avec décote et simplifiera la gestion des dossiers par les caisses de retraite, celles-ci n'ayant plus à étudier deux fois le même dossier.

Parallèlement, une communication sur la possibilité pour les allocataires du RSA de faire valoir leur droit à l'ASPA dès 65 ans devra être mise en œuvre par les CAF et les caisses de MSA servant le RSA, afin de rediriger les assurés ne souhaitant pas attendre l'âge du taux plein pour demander l'ASPA vers leurs caisses de retraite.

Schéma de transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA n'ayant pas été déclarés inaptes (avant et après mesure)



Champ d'application

Il est proposé d'appliquer la mesure à l'ensemble des régimes de retraite de base auxquels les dispositions du code de la sécurité sociale sont applicables.

b) Autres options possibles

- ***Transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH***

Une option possible aurait consisté à autoriser les caisses à prévoir une date d'effet de la retraite certaine à l'âge légal, sans passer par un vecteur législatif. Cette option ne vise pas à substituer de façon automatique la retraite à l'AAH mais uniquement à fixer une date d'effet rétroactive à l'âge légal en cas de demande déposée tardivement. Ce faisant, elle aurait l'avantage de solutionner les problèmes générés par les contentieux mais ne règlerait toutefois pas le risque de rupture de ressources pour les assurés qui n'effectuent aucune démarche de demande de retraite.

- ***Transition vers la retraite des bénéficiaires du RSA***

Une option alternative aurait consisté à aligner l'âge d'ouverture du droit à l'ASPA sur l'âge du taux plein. Le recul de l'âge d'ouverture du droit à l'ASPA de 65 à 67 ans aurait présenté l'avantage d'une cohérence avec le recul de l'âge du taux plein opéré par la réforme de 2010. Cet alignement aurait cependant conduit à différer l'âge d'accès à l'ASPA de 2 ans pour l'ensemble des assurés et aurait donc désavantagé d'autres personnes en droit de bénéficier de ce minimum social dès 65 ans et n'ayant aucun droit à retraite,

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

Cette mesure, en modifiant les périmètres respectifs de l'AAH et du RSA par rapport à celui des régimes de base d'assurance vieillesse, aura un impact sur les dépenses de la branche vieillesse et du FSV. Elle permettra également une meilleure maitrise des flux de trésorerie entre les branches vieillesse et famille, notamment en limitant le recours à la procédure de réservation de fonds par les CAF et les MSA s'agissant de la transition entre l'AAH et la retraite. Cette mesure conduira par ailleurs à une simplification sensible du parcours assuré des bénéficiaires des minimas sociaux et sera à ce titre génératrice de gains en gestion non négligeables pour les caisses.

Pour ces raisons, sa place en LFSS se justifie au regard du 1° du C du V de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. La consultation du conseil départemental de Mayotte n'est pas nécessaire, s'agissant de l'extension de mesures également applicables en métropole et ne nécessitant pas d'adaptations.

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 de l'UE et celui de la CEDH.

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

a) Possibilité de codification

Cette mesure créé un nouvel article L. 351-7-1A dans le code de la sécurité sociale (CSS) et entraine une modification de l'article L. 821-1 du même code ainsi que de l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Cette mesure n'entraine l'abrogation d'aucun article.

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

Départements d'Outre mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion	*Directement applicable*
Mayotte	*Applicable pour la transition AAH-retraite* *Applicable pour la transition RSA-retraite*
Collectivités d'Outre mer	
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	*Directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Directement applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

a) Transition AAH-retraite

La mesure représente un coût de 3 M€ pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale en année pleine, en raison de la substitution automatique à 62 ans qui évitera des ruptures de ressources pour les assurés concernés.

En effet, la mesure conduira les assurés actuellement en rupture de ressources à percevoir leur pension (ainsi que pour certains bénéficiaires de l'AAH 2, l'ASPA) dès l'âge légal, représentant une hausse des prestations vieillesse. Cette hausse est estimée comme le montant mensuel moyen de retraite pour inaptitude (517 €), perçu pendant deux mois, par 10 % des bénéficiaires de l'AAH atteignant chaque année 62 ans (soit 3 350 personnes), soit un coût de 3 M€ par an.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020	2021	2022	2023	A terme
ROBSS	-2	-3	-3	-3	

b) Transition RSA-retraite

La mesure constitue une économie de l'ordre de 5 M€ en année pleine pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et un coût équivalent pour les départements, qui ont la charge du financement du RSA. Cette mesure n'a pas besoin de faire l'objet d'une compensation financière dans la mesure où elle ne crée pas de compétence nouvelle mais a seulement pour conséquence l'ajustement d'une compétence déjà exercée par les départements.

Les chiffrages de cette mesure retiennent un effectif de 3 300 assurés concernés par génération, compte tenu du nombre de bénéficiaires du RSA âgés de 65 à 67 ans et d'une proportion élevée de décoteurs par rapport à la population générale., Une grande part des CAF appliquent d'ores et déjà cette pratique aujourd'hui. 50% de l'effectif serait nouvellement concerné par la mesure (hypothèse conventionnelle), portant à 1650 personnes l'effectif concerné. Ce nombre constitue encore un majorant dans la mesure où une partie des assurés continuera de partir avant 67 ans, afin de bénéficier de l'ASPA dont le montant est supérieur au RSA. En conséquence, il est retenu conventionnellement un recours de 25% de l'effectif des personnes concernées, soit 410 individus par génération.

La mesure se traduirait en premier lieu par une hausse du montant des pensions du fait de la suppression de la décote pour les personnes concernées. Cette hausse est estimée comme l'écart entre la pension moyenne hors décote et la pension moyenne après décote (soit 910 € par an), pondéré par le nombre d'individus concernés pour une génération (410 personnes), soit un coût de 0,35 M€ chaque année. Les assurés décalant leur départ à la retraite, cette hausse ne serait amorcée que deux ans après la mise en place de la mesure, soit en 2022.

La mesure conduirait les personnes concernées à décaler de deux années la liquidation de leur retraite. L'économie induite par le non versement de ces pensions (pension moyenne après application de la décote pondérée par les effectifs concernés) s'établirait à 0,9 M€ la première année, puis 1,9 M€ pour les années suivantes. Elle se traduirait également par le non versement de l'ASPA pendant deux années. L'économie correspondante s'établirait à 1,9 M€ la première année, puis 3,8 M€ pour les années suivantes (montant moyen d'Aspa, pondéré par le nombre de personnes concernées).

Ainsi, les premières années suivant sa mise en place, la mesure se traduirait par des économies pour la sécurité sociale. Ces économies seraient maximales en 2021, où elles s'établiraient aux alentours de 6 M€, puis diminueraient progressivement.

Enfin, la mesure conduirait au versement du RSA pendant 2 années supplémentaires pour ces assurés. Elle conduirait à des dépenses supplémentaires pour les départements estimées à 2 M€ la première année, puis 5 M€ les années suivantes.

La mesure entrerait en vigueur au 1er juillet 2020.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2020 (R)	2021(R)	2022 (R)	2023 (R)	A terme
ROBSS	1,4	4,2	5,3	5	
Départements	-1,2	-3,6	-3,6	-5	
APU	0,2	0,6	0,4	0,1	

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

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

a) Impacts économiques

Sans impact.

b) Impacts sociaux

Cette mesure permettra d'éviter les ruptures de ressources pour les bénéficiaires de l'AAH et de faciliter l'accès des bénéficiaires de l'AAH et du RSA à leurs droits à retraite.

- ***Impact sur les jeunes***

Sans impact

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

L'AAH est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap. La mesure proposée permettra d'améliorer l'accès aux droits de ces personnes en simplifiant leur transition vers la retraite et en évitant au maximum les périodes de rupture de ressources.

c) Impacts sur l'environnement

Sans impact

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

Sans impact

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

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

Cette mesure permettra d'alléger substantiellement les démarches des bénéficiaires de l'AAH et du RSA dans le cadre de leur transition vers la retraite.

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

Un renforcement des échanges entre les CAF, les caisses de MSA et les caisses de retraite est à prévoir afin de permettre une plein application de la loi.

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

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 précisera les mod alités d'application du présent article, s'agissant de l'exercice du droit d'opposition par les assurés.

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 entrera en vigueur en juillet 2020 compte tenu du délai nécessaire d'adaptation des systèmes d'information. Le fait générateur étant l'atteinte de l'âge légal, la mesure concernera les assurés atteignant 62 ans après cette date (assurés nés à compter du 1er juillet 1958).

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des caisses de retraite auprès des titulaires de l'AAH devra être prévue en amont de l'âge légal. A cette occasion, le titulaire de l'AAH aura la possibilité de s'opposer à la substitution automatique et de transmettre les pièces justificatives nécessaires à la liquidation par les caisses. Par défaut, en l'absence d'opposition, la retraite sera automatiquement substituée à l'AAH à l'âge légal.

Cette mesure s'accompagnera également d'une information des CAF et caisses de MSA aux bénéficiaires du RSA sur la possibilité qui leur demeure ouverte de faire valoir leur droit à l'ASPA dès 65 ans. Ces caisses devront alors rediriger les assurés ne souhaitant pas attendre l'âge du taux plein pour demander l'ASPA vers leurs caisses de retraite.

d) Suivi de la mise en œuvre

Cette mesure fera l'objet d'un suivi par les caisses d'allocations familiales et les caisses de retraite.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

	Nouvel article L. 351-7-0 du code de la sécurité sociale
	La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. **Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1.**
Article L. 821-1 actuel du CSS	**Article L. 821-1 modifié du CSS**
Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés. Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation. L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable : -aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ; -aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit	Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés. Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation. L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable : -aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ; -aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit

sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;	sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;
-aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.	-aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.
Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.	Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.
Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse, à l'exclusion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1, ou d'invalidité, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.	Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse, à l'exclusion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1, ou d'invalidité, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.
Lorsque cet avantage ou le montant mensuel perçu au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.	Lorsque cet avantage ou le montant mensuel perçu au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.
Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.	Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.
Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.	Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés **se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-0 ou** fait valoir son droit à un avantage de vieillesse**,** d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.
Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.	Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

	Nouvel article 11-1 de l' ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte
	La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge. **Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6.**
Article L. 262-10 actuel du CASF	**Article L. 262-10 modifié du CASF**
Le droit au revenu de solidarité active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3 et, sauf pour les personnes reconnues inaptes au travail dont l'âge excède celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, des pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires. En outre, il est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits : 1° Aux créances d'aliments qui lui sont dues au titre des obligations instituées par les articles 203,212,214,255, 342 et 371-2 du code civil ainsi qu'à la prestation compensatoire due au titre de l'article 270 du même code ; 2° Aux pensions alimentaires accordées par le tribunal au conjoint ayant obtenu le divorce, dont la requête initiale a été présentée avant l'entrée en vigueur de la loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce.	**I.**- Le droit au revenu de solidarité active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3. **La condition prévue au premier alinéa ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, ou, s'il elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, celui mentionné au premier alinéa de son article L. 351-1.** **Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de son article L. 351-7 ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse.** **II. -** En outre, il est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits : 1° Aux créances d'aliments qui lui sont dues au titre des obligations instituées par les articles 203,212,214,255, 342 et 371-2 du code civil ainsi qu'à la prestation compensatoire due au titre de l'article 270 du même code ; 2° Aux pensions alimentaires accordées par le tribunal au conjoint ayant obtenu le divorce, dont la requête initiale a été présentée avant l'entrée en vigueur de la loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce.
Article L. 262-12 actuel du CASF	**Article L. 262-12 modifié du CASF**

Le foyer peut demander à être dispensé de satisfaire aux obligations mentionnées aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 262-10. Le président du conseil départemental statue sur cette demande compte tenu de la situation du débiteur défaillant et après que le demandeur, assisté le cas échéant de la personne de son choix, a été mis en mesure de faire connaître ses observations. Il peut mettre fin au versement du revenu de solidarité active ou le réduire d'un montant au plus égal à celui de la créance alimentaire, lorsqu'elle est fixée, ou à celui de l'allocation de soutien familial.	Le foyer peut demander à être dispensé de satisfaire aux obligations mentionnées au **II**. Le président du conseil départemental statue sur cette demande compte tenu de la situation du débiteur défaillant et après que le demandeur, assisté le cas échéant de la personne de son choix, a été mis en mesure de faire connaître ses observations. Il peut mettre fin au versement du revenu de solidarité active ou le réduire d'un montant au plus égal à celui de la créance alimentaire, lorsqu'elle est fixée, ou à celui de l'allocation de soutien familial.

Article 54 - Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT/MP aux employeurs

I. Présentation de la mesure

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

- ***Suppression de la possibilité de rachat partiel des rentes AT/MP***

La législation en vigueur[1] prévoit la possibilité pour la victime d'un AT/MP de demander la conversion d'une partie de sa rente sous forme de capital (rachat). Le rachat ne peut porter au plus que sur le quart du capital correspondant à la rente allouée jusqu'à 50 % de taux d'incapacité permanente (IP). La fraction de la rente correspondant à la partie du taux supérieure ne peut jamais être convertie.

Cette conversion est effectuée suivant un tarif forfaitaire fixé par un arrêté du 17 décembre 1954, toujours en vigueur, qui tient compte de l'âge de la victime et de son taux d'IP au moment de la demande.

Par ailleurs, un récent arrêt du Conseil d'Etat a modifié les conditions de délai pour demander le rachat ou la réversion de la rente AT-MP :

- Avant l'entrée en vigueur au 6 février 2006 de l'article 6 de l'ordonnance du 15 avril 2004 et du décret du 2 février 2006, les demandes de rachat/réversion ne pouvaient intervenir qu'à l'expiration d'un délai de 5 ans à compter du lendemain de la date de consolidation, pendant une durée maximale d'un an à compter de l'issue de ce premier délai.
- Depuis le 6 février 2006, le titulaire d'une rente AT/MP peut effectuer une demande de rachat ou de réversion de rente à tout moment, immédiatement après la notification de la rente ou au cours du service de cette rente. Cependant, l'article 3 du décret précité a limité la portée de ce texte aux situations en cours à compter du 6 février 2006, c'est-à-dire aux situations pour lesquelles le délai de cinq ans suivi du délai d'un an n'était pas encore écoulé. De ce fait, les bénéficiaires d'une rente ouverte avant le 7 février 2000 ne disposaient pas de la faculté de rachat/réversion de leur rente.
- Toutefois, par décision du 5 novembre 2018, le Conseil d'Etat a estimé impossible de maintenir cette limitation des possibilités de conversion s'agissant des rentes liquidées antérieurement à 2000.

Cette décision récente du Conseil d'Etat, qui fait peser un risque financier sur la branche AT/MP, incite à se réinterroger sur les importantes limites actuelles du dispositif :

- Cette règle de rachat facultatif partiel sur option complexifie la compréhension, globale du dispositif d'indemnisation, en combinant une part d'indemnisation qui ne peut en tout état de cause être versée qu'en rente et une part sur option en capital ;
- De manière sans doute encore plus fondamentale sur le plan des principes, une telle règle se heurte à la logique transversale à tous les risques longs de la sécurité sociale d'indemnisation sous forme de versement mensuel ou de rente et non en capital.

La situation actuelle se caractérise ainsi par le choix par un certain nombre de bénéficiaires de rentes AT/MP d'une sortie partielle en capital, peu conforme à la logique globale des systèmes de sécurité sociale (sauf s'agissant de cas où les rentes versées mensuellement, pour des taux d'incapacité limités, conduiraient à verser des montants trop limités, conduisant à une conversion en capital mais pour des raisons avant tout de bonne gestion), sortie qui s'effectue en outre aujourd'hui dans des conditions financières défavorables compte tenu de l'ancienneté du barème de conversion des rentes en capital. Or, sur ce dernier point, l'alternative d'actualisation du barème n'apparait ni soutenable financièrement (cf. *infra*), ni souhaitable au fond pour les motifs précédemment évoqués.

Il est ainsi proposé de supprimer ce dispositif de rachat de rente. La mesure est de nature législative dans la mesure où elle requiert la modification des articles L. 434-3 à L. 434-5 du code de la sécurité sociale.

[1] Articles L. 434-3 à L. 434-5 du code de la sécurité sociale.

L'abrogation du dispositif de rachat de rente concernera également les salariés et assimilés agricoles y compris ceux affiliés au régime AT/MP local spécifique aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. En effet, les modalités d'indemnisation AT/MP applicables à ces assurés s'inscrivent dans les mêmes règles et conditions que celles du régime général de réparation des AT/MP.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La notification du taux de cotisation AT/MP et du classement dans les différentes catégories de risque s'effectue actuellement par courrier simple pour les établissements à tarification collective (moins de 20 salariés) et par lettre recommandée avec accusé de réception pour les établissements à tarification mixte ou individuelle, conformément à l'article D. 242-6-22 du code de la sécurité sociale et à l'article 5 de l'arrêté du 17 octobre 1995.

Dans le double objectif d'améliorer l'offre de services aux entreprises (via la promotion des services et informations à disposition des employeurs sur le compte AT/MP en ligne, qui sera le vecteur de la dématérialisation envisagée) et de réduire les dépenses de fonctionnement de la branche AT/MP, la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 prévoit la généralisation progressive de la notification dématérialisée de ces taux.

En application de l'article L. 112-15 du code des relations entre le public et l'administration, qui conditionne actuellement la dématérialisation des procédures à l'accord préalable de l'usager, chaque établissement doit faire la démarche d'adhérer au service ouvert au dernier trimestre 2018 sur www.net-entreprises.fr. L'adhésion au compte AT/MP permet d'accéder à un certain nombre de services et d'informations, notamment, pour les établissements à tarification mixte ou individuelle, des comparaisons de leur sinistralité avec celles d'autres structures de leur secteur d'activité. Seront également disponibles sur ce compte des informations sur les aides financières qui peuvent leur être versées par la branche dans le cadre de démarches et d'actions de prévention, des informations sur le dispositif signal/prime (mécanisme d'incitation financière à la prévention pour les entreprises de moins de vingt salariés fondé sur une variation de taux de cotisation AT/MP) ou encore un simulateur de tarification.

Or, le compte AT/MP, certes récent, est aujourd'hui trop faiblement utilisé par les entreprises, notamment par les petites structures à tarification collective peu sensibles aux différentes campagnes de communication engagées (et moins intéressées, par construction, par des comparaisons de taux avec ceux d'entreprises similaires) : ainsi, environ 30% des établissements ont ouvert un compte AT/MP, et moins de 2 % de l'ensemble des employeurs ont adhéré au service de notification dématérialisée.

Au vu de l'enjeu de promotion de ce vecteur d'offre de services de la branche et d'efficience, il est nécessaire de systématiser la notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT/MP.

La notification dématérialisée s'effectuera via net-entreprises.fr, dans le cadre du compte AT/MP, selon le même calendrier annuel que celui actuellement en vigueur pour la notification des taux par courrier simple ou par lettre recommandée avec accusé de réception. Ainsi, le ou les représentant(s) dûment habilité(s) de l'établissement recevront un mail de notification : ils pourront, en cliquant sur le lien hypertexte ou en se connectant directement au compte AT/MP, consulter la décision relative au taux de cotisation disponible en format PDF. L'ouverture de la décision PDF par l'un au moins des représentants habilités, quand ils sont plusieurs, génèrera l'accusé de réception de la notification ; en l'absence d'ouverture de la décision, le taux sera automatiquement considéré comme notifié à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la date de mise à disposition de la décision sur le compte AT/MP.

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

a) Mesure proposée

- ***Suppression du dispositif de rachat partiel des rentes AT/MP***

La mesure proposée a pour but de supprimer la possibilité actuellement prévue par la législation AT/MP actuelle aux bénéficiaires d'une rente AT/MP de percevoir une partie de leur rente en capital (rachat).

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La mesure de dématérialisation de la notification du taux de cotisation AT/MP prévoit que ce taux de cotisation ainsi que le classement des risques dans les différentes catégories de risque sont notifiés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail par voie électronique, selon des modalités fixées par arrêté.

Cette mesure fera l'objet d'une montée en charge progressive, sur les exercices 2020-2021, avec une application obligatoire dans un premier temps pour les entreprises de 150 salariés ou plus et une application à l'ensemble des

entreprises à partir de 2021. En 2020, les entreprises en tarification individuelle pourront toutefois être exclues du dispositif électronique de notification si elles en font la demande entre le 21 octobre et le 18 décembre 2019. Cette montée en charge progressive s'inscrit en cohérence avec le calendrier de mise en place de la transmission dématérialisée des informations nécessaires à l'établissement de la DSN, qui repose également sur une généralisation en 2021. Ce calendrier à la fois séquencé et volontaire de déploiement apparait également cohérent avec une approche maintenant généralisée d'échanges dématérialisés entre les entreprises et leurs organismes sociaux, notamment du fait de l'achèvement du déploiement de la DSN.

L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition électronique des décisions, c'est-à-dire l'absence d'adhésion au compte AT/MP, entraînera l'application d'une sanction fixée par arrêté, distincte selon la taille de l'établissement. Cette pénalité est similaire à celle prévue concernant la DSN.

La transmission des taux de cotisation dans les logiciels de paie n'aura pas vocation à se substituer à la notification formelle par voie dématérialisée, qui porte d'autres dimensions et notamment d'information concernant le niveau de sinistralité de l'entreprise comme évoqué *supra*, mais aussi dans la mesure où seule cette notification fait et continuera à faire grief (pour les établissements en tarification individuelle ou mixte) ; à ce titre, il sera toujours possible naturellement pour l'employeur de modifier le taux implémenté via la déclaration sociale nominative s'il le conteste.

b) Autres options possibles

- ***Suppression du dispositif de rachat partiel des rentes AT/MP***

Une mesure alternative aurait consisté à actualiser le barème de rachat de rente, qui a été fixé par un arrêté du 17 décembre 1954 et jamais actualisé depuis lors.

Une actualisation du barème de rachat de rente aurait conduit à doubler le montant des capitaux versés. En outre et compte tenu de la récente décision du Conseil d'Etat précitée, qui ouvre la possibilité de capitalisation à tous les bénéficiaires de rentes actives (soit 1,3 millions d'assurés), cette mesure aurait présenté un risque financier encore supérieur. A taux de recours constant (soit entre 11 % et 15 %) de l'ensemble des bénéficiaires de rentes quelle que soit la date de liquidation de celle-ci, l'actualisation du barème aurait en effet généré un coût potentiel de 900 M€.
Pour ces raisons, et pour celles énoncées *supra* et tendant à favoriser le versement en rente sur celui en capital, la mesure d'actualisation du barème de 1954 applicable aux conversions en capital des rentes de victimes ne peut être retenue.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

En l'absence de mesure d'obligation de dématérialisation de la notification du taux de cotisation AT/MP, il serait nécessaire de recueillir l'accord préalable de chaque établissement pour lui notifier son taux de cotisation. Or, moins de 2 % des établissements ont aujourd'hui adhéré au service de dématérialisation du taux de cotisation.

Une autre solution aurait pu reposer sur la notification via le compte-rendu métier de la DSN. Or, il apparait que la mise en place d'une notification dématérialisée via le compte-rendu métier n'offre pas aux entreprises la même visibilité que le compte AT/MP sur leur sinistralité (notamment en comparaison avec celles d'entreprises du même secteur d'activité), et ne permet ainsi pas d'atteindre les mêmes résultats en termes d'incitation à la prévention.

Par ailleurs, l'ouverture du compte AT/MP au tiers déclarant aurait pu être envisagée, pour lui permettre d'accéder à la notification du taux de cotisation. Cette option, qui soulevait des difficultés juridiques dans la mesure où la notification doit être adressée à la personne à qui elle fait grief (l'employeur), ne répondait néanmoins pas aux besoins des tiers déclarants d'obtenir une information automatiquement intégrée aux logiciels de paie sur le taux de cotisation AT/MP, telle que prévue dans la mesure via la DSN. Néanmoins, les tiers déclarants pourront consulter les autres informations présentes sur le compte AT/MP, comme l'historique des taux de cotisation applicables.

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

La mesure de suppression du rachat de rentes a un impact positif pour les dépenses des années à venir des régimes obligatoires de base et relève à ce titre des dispositions du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

La mesure de dématérialisation de la notification du taux AT/MP relève des dispositions relatives à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit. Elle a donc 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.

La mesure de transmission dématérialisée des taux tend à poursuivre la simplification des modalités déclaratives et de recouvrement des cotisations. Elle relève, à ce titre, de la loi de financement de la sécurité sociale (art. L.O. 11-3 V. B. 3°).

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

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

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 compétence de l'Etat membre.

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

La mesure 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 de suppression du rachat de rentes implique la modification des articles L. 434-3 à L. 434-5 du code de la sécurité sociale.

La mesure de dématérialisation de la notification du taux AT/MP est codifiée à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, qui fixe les modalités de détermination du taux de cotisation AT/MP.

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	*Disposition directement applicable*
Mayotte	*Disposition applicable par renvoi déjà en vigueur*
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	*Disposition directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Disposition non applicable*
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Disposition non applicable*

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

- ***Rachat de rentes***

La mesure génèrera une économie de 29 M€ la première année du fait de la suppression du dispositif sans mesure transitoire. En effet, le coût annuel de la capitalisation partielle des rentes est décrit dans le tableau ci-dessous :

	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Montant (M€)	36,5	37,0	34,2	31,0	29,6
Evolution par rapport à l'année précédente (%)		*1,2 %*	*- 7,4 %*	*- 9,3 %*	*-4 ,7 %*
Nombre de rachats	5 222	5 158	4 768	4 395	4 182
Evolution par rapport à l'année précédente (%)		*-1,2 %*	*- 7,6 %*	*- 7,8 %*	*- 4,8 %*

Source : Direction des risques professionnels de la CNAM

Le nombre de rentes de victimes ayant fait l'objet d'un rachat facultatif en 2017 représente 4 182 dossiers[1] pour un montant évalué à 29,6 M€, en baisse par rapport à 2016 (4 395 dossiers représentant 31 M€). Ainsi, on peut noter une baisse constante du montant des capitalisations sur la période 2010 à 2017.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche AT/MP du régime général			+ 29	+ 28	+ 27

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

[1] : Source : étude 2018-036 de mars 2018 du service statistique de la direction des risques professionnels de la CNAM « Evaluation du surcoût lié au changement de la table de capitalisation utilisée pour les rachats des rentes – simulations pour les montants versés en 2016 et pour ceux versés en 2017 ».

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019 P ou R	2020	2021	2022
Branche AT/MP du régime général			+ 0,56	+ 0,95	+ 0,95

Le coût 2020 est estimé sur la base d'un taux de recours à la notification dématérialisée par les entreprises en tarification individuelle de 2/3.

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

a) impacts économiques

Sans objet.

b) impacts sociaux

S'agissant du rachat de rentes, cette mesure devrait permettre de simplifier et de mieux ajuster l'indemnisation des victimes d'un AT/MP sur le long terme en maintenant l'intégralité de la rente, versée régulièrement à la victime et revalorisée chaque année, tout au long de sa vie – et permettant ensuite le versement à ses ayants droit.

- ***impact sur les jeunes***

S'agissant du rachat de rentes, la mesure aurait pu avoir, potentiellement, un impact défavorable pour les jeunes bénéficiaires d'une rente AT/MP qui auraient eu besoin d'une formation pour se réinsérer dans la vie professionnelle (le versement en capital semblant dans ce cas plus approprié). Toutefois, ces assurés peuvent bénéficier, en cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %, d'un dispositif spécifique de formation professionnelle ouvert depuis le 1e janvier 2019 (article L. 432-12 du code de la sécurité sociale), ce qui neutralisera un tel effet.

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

Sans objet.

c) impacts sur l'environnement

En ce qui concerne la dématérialisation de la notification du taux, la mesure aura un impact positif sur l'environnement, grâce à la diminution des notifications par courrier.

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

Sans objet.

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

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

- ***Rachat de rentes AT/MP***

La mesure de rachat de rentes ne crée pas de nouvelles démarches administratives.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La mesure de dématérialisation de la notification du taux AT/MP ne crée pas de nouvelles démarches administratives mais impose une notification électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, ce qui ne sera pas une contrainte pour les entreprises, dans la mesure où cette notification sera faite dans le cadre du téléservice net-entreprises.fr déjà utilisé pour les formalités déclaratives des entreprises.

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

- ***Rachat de rentes AT/MP***

Allègement de la charge de gestion pour les caisses primaires d'assurance maladie, pour les caisses de MSA ainsi que pour les caisses d'Assurance-Accidents Agricole d'Alsace-Moselle.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La mesure de dématérialisation de la notification du taux nécessitera une évolution des systèmes d'informations afin de généraliser la notification du taux de cotisation et du classement dans les catégories de risques.

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

- ***Rachat de rentes AT/MP***

La mesure sera gérée dans le cadre des moyens existants.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La mesure relative à la notification dématérialisée génèrera une économie sur l'affranchissement de 1,9 million de courriers, soit 0,95 M€ par an à compter de 2021.

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

- ***Rachat de rentes AT/MP***

Modification des articles R. 434-5 à R. 434-9 du code de la sécurité sociale.

En outre, les articles L. 751-8 et R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime (CRPM) rendent applicable aux salariés agricoles le titre III (Prestations) du livre IV du code de la sécurité sociale et donc les articles L. 434-3 à L.434-5 du CSS et les dispositions de la partie réglementaire susvisées.

Egalement au sein du CRPM, les articles L. 434-3 à L. 434-5 et les articles R. 434-5 à R. 434-9 sont rendus applicables aux salariés des professions agricoles relevant du régime AT-MP spécifique aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle par les articles L. 761-16 et R. 761-52 du CRPM.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

La mesure de dématérialisation de la notification du taux de cotisation AT/MP nécessite pour son application un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, qui devra être publié avant le 31 décembre 2019, pour procéder à la modification de l'article 5 de l'arrêté du 17 octobre 1995. Cet arrêté précisera que la notification s'effectuera par le biais du « Compte AT/MP », accessible via le téléservice net-entreprises.fr, selon le même calendrier que celui actuellement en vigueur pour la notification des taux par courrier simple ou par lettre recommandé avec accusé de réception.

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

- ***Rachat de rentes AT/MP***

Le rachat de rente ne sera plus autorisé pour les rentes ouvertes après le 1e janvier 2020.

Il sera procédé à une information à destination des caisses primaires (lettre réseau ou circulaire CNAM/DRP), des caisses de MSA et des caisses de gestion des AT-MP d'Alsace-Moselle.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

Cette mesure fera l'objet d'une montée en charge progressive, sur les exercices 2020-2021, avec une application obligatoire dans un premier temps pour les entreprises de 150 salariés ou plus et une application à l'ensemble des entreprises à partir de 2021. En 2020, les entreprises en tarification individuelle pourront toutefois être exclues du dispositif électronique de notification si elles en font la demande entre le 21 octobre et le 18 décembre 2019.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

- ***Rachat de rentes AT/MP***

Information des usagers sur le site ameli.fr, msa.fr et le site Internet des 3 caisses d'assurance-accidents agricole d'Alsace et de Moselle.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

Une information sera assurée par la CNAM (notamment sur le site ameli.fr) et via le téléservice net-entreprises.fr.

VI. Suivi de la mise en œuvre

- ***Rachat de rentes AT/MP***

L'application de la mesure fera l'objet d'un suivi par les organismes.

- ***Dématérialisation de la notification du taux AT/MP***

Cette mesure fera l'objet d'un suivi dans le cadre du suivi de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche AT/MP.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Code de la sécurité sociale	
Article L. 242-5 actuel	**Article L. 242-5 modifié**
Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'après les règles fixées par décret. Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la juridiction compétente pour connaître du contentieux mentionné au 4° de l'article L. 142-2, laquelle statue en premier et dernier ressort. Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail toute circonstance de nature à aggraver les risques. (…) (…)	Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'après les règles fixées par décret. Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la juridiction compétente pour connaître du contentieux mentionné au 4° de l'article L. 142-2, laquelle statue en premier et dernier ressort. Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail toute circonstance de nature à aggraver les risques. **Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.** **Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition.** **L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder, par établissement, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des**

	cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. (…)
Article L. 434-3 actuel	**Article L. 434-3 modifié**
En dehors des cas prévus aux articles L. 434-9 et L. 434-20, la pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital mais seulement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat et suivant un tarif fixé par arrêté ministériel. Le capital peut être converti en rente viagère. Les conditions de cette conversion sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article L. 434-17.	~~*En dehors des cas prévus aux articles L. 434-9 et L. 434-20, la pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital mais seulement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat et suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.*~~ ~~*Le capital peut être converti en rente viagère.*~~ **La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en rente réversible au bénéfice de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin.** Les conditions de cette conversion sont fixées par décret en Conseil d'Etat. ~~*La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, sont revalorisées*~~. **Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée** dans les conditions prévues à l'article L. 434-17.
Article L. 434-4 actuel	**Article L. 434-4 modifié**
Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail.	~~*Le rachat ou les conversions de rente prévus*~~ **La conversion de rente prévue** à l'article L. 434-3 ne ~~*peuvent*~~ **peut** intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail.
Article L. 434-5 actuel	**Article L. 434-5 modifié**
Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée.	~~*Le rachat ou les conversions de rente prévus*~~ **La conversion de rente prévue** à l'article L. 434-3 ne ~~*peuvent*~~ **peut** intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée.

Article 55 - Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée

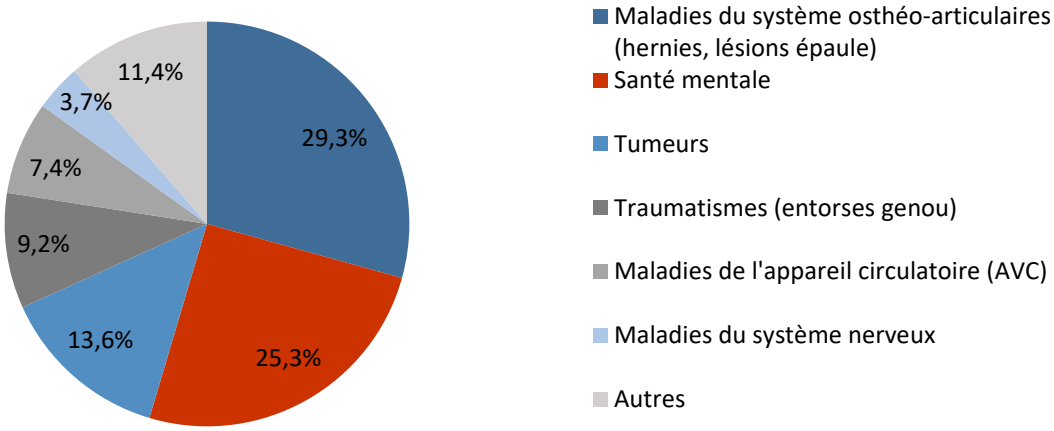
I. Présentation de la mesure

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

a) Les pathologies et les conditions de vie des personnes en incapacité de travail sur une longue durée ont profondément évolué

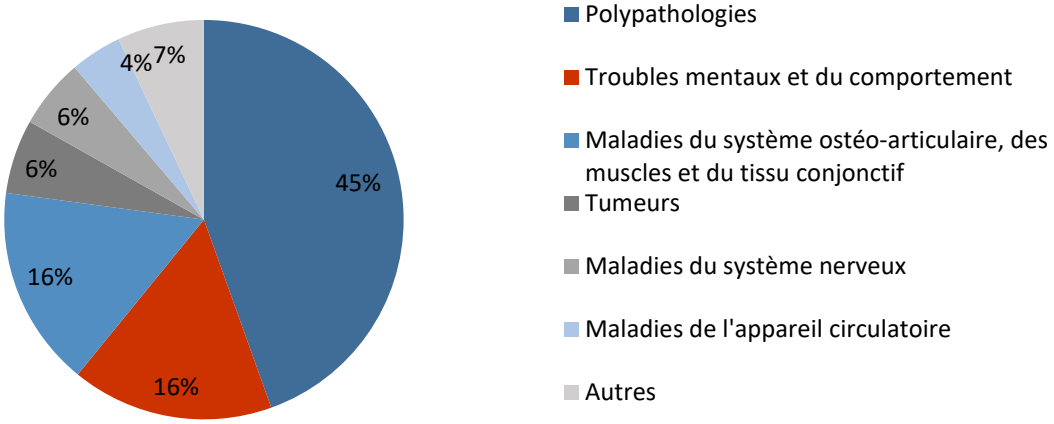
On observe que les personnes en arrêt de travail de plus de 6 mois ou en invalidité sont de plus en plus atteintes par des maladies chroniques ou par des pathologies mentales. De fait, cela implique un suivi médical sur une plus longue durée qu'auparavant.

Arrêts de travail de plus de 6 mois par type de pathologies en 2012



Source : CNAM, à partir de données Sniiram

Bénéficiaires d'une pension d'invalidité par type de pathologies en 2017-2018



Source : CNAM, à partir de données Sniiram

Le vieillissement de la population active a accentué cette évolution, notamment sous l'effet des réformes des retraites qui ont relevé l'âge minimal de départ en retraite et la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein, conduisant à une hausse des taux d'activité des personnes de plus de 55 ans ces dernières années. Or, ces assurés sont davantage susceptibles de devoir interrompre leur activité pour des raisons de santé.

Ainsi, compte tenu de l'âge moyen d'entrée en invalidité (50,9 ans au régime général) et de la durée moyenne de versement d'indemnités journalières beaucoup plus importante pour ces assurés (51 jours pour les 55-59 ans et 75 jours pour les plus de 60 ans contre 35 en moyenne en 2017 pour l'ensemble de la population), les dépenses d'invalidité et d'indemnités journalières ont crû rapidement ces dernières années[1].

Pour autant, certaines des pathologies majoritaires parmi les causes de passage en invalidité apparaissent de plus en plus compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, à condition que celle-ci soit correctement aménagée. L'évolution du marché du travail (tertiarisation, développement du télétravail) permet ainsi d'envisager des modalités de travail plus souples pour les personnes touchées par des pathologies chroniques. Ainsi, les pensionnés d'invalidité exercent de manière croissante une activité professionnelle : leur taux d'activité est passé de 21 % en 2006 (dont 58 % pour la catégorie 1, qui regroupe les personnes aptes au maintien d'activité) à 30,3 % en 2017 (dont 70 % pour la catégorie 1). Cette évolution concerne également, de manière atténuée, les invalides de catégories 2 et 3, qui sont en théorie reconnus par le médecin conseil de l'assurance maladie comme étant en incapacité d'exercer une activité professionnelle mais auxquels une jurisprudence ancienne de la Cour de cassation permet de cumuler pension et revenus tirés d'une reprise d'activité[2].

b) Les conditions d'indemnisation des incapacités de travail de longue durée apparaissent inadaptées, notamment lorsque les assurés souhaitent exercer une activité professionnelle

• *La définition de l'invalidité est difficile à appréhender pour les médecins-conseils*

L'appréciation de la perte de capacité de gain suppose une évaluation de la perte de gains professionnels de l'assuré que les médecins-conseils peuvent difficilement réaliser, en l'absence d'outil leur permettant de connaître les caractéristiques du bassin d'emploi et en raison du peu d'interactions avec les services de santé au travail ou de Pôle Emploi.

De plus, les notions de stabilisation de l'état de santé ou d'usure prématurée de l'organisme ne sont pas précisées dans les textes et par des outils d'aide à l'évaluation.

En outre, la définition des catégories d'invalidité n'est plus adaptée à la situation actuelle des invalides : la distinction repose sur la capacité (catégorie 1) ou non (catégorie 2) d'exercer une activité professionnelle, ainsi que sur la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (catégorie 3). Cependant, dans les faits, 16,1 % des invalides de catégorie 2 et 6 % des invalides de catégorie 3 exercent une activité professionnelle.

• *Les règles de cumul de la pension d'invalidité et des revenus professionnels ne sont pas incitatives à la reprise d'activité*

Les règles de cumul avec les revenus d'activité sont peu incitatives : lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension (qui est établi sur la base des salaires des dix meilleures années d'activité) et des salaires excède pendant deux trimestres consécutifs le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'invalidité, le montant de la pension est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent. Compte tenu des cotisations et contributions sociales respectivement applicables, l'exercice d'une activité conduisant à un écrêtement est même contre-productive. En dépit du niveau bas auquel l'écrêtement se déclenche, seul un quart des invalides qui travaillent ont une activité suffisante pour être concernés par le dispositif.

Ce système défavorise par construction notamment les assurés dont les revenus ont connu une baisse avant leur mise en invalidité. Surtout, une fois le seuil d'écrêtement atteint, l'incitation à la reprise d'activité est nulle : l'écrêtement fige les revenus d'activité de l'assuré au moment de la survenance de la pathologie, ce qui n'incite ni à augmenter la quotité de travail, ni à poursuivre une trajectoire professionnelle ascendante.

• *La situation des assurés en arrêts de travail itératifs liés à une maladie chronique est mal appréhendée par les dispositifs d'indemnités journalières maladie et d'invalidité*

Les personnes relevant du régime des affections longue durée (ALD) ne peuvent plus bénéficier d'une indemnisation de leurs arrêts de travail après 3 ans de versements d'indemnités journalières pour des traitements liés à leur affection avant d'avoir retravaillé pendant une année complète, du fait paradoxalement de règles plus strictes de rechargement des droits aux IJ que celles des assurés hors ALD (dont le compteur de droits aux IJ est apprécié sur une période glissante et peut se reconstituer au fil de l'eau en fonction de la quotité de travail effectuée). Ces assurés sont donc contraints le cas échéant

[1] Ces effets ont été analysés par la revue des dépenses IGF-IGAS « L'évolution des dépenses d'indemnités journalières » de juillet 2017 (page 11) et le rapport de Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiler « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail » de février 2019.

[2] La Cour de cassation refuse en effet de déduire de la qualité d'invalide de catégorie 2 une inaptitude au travail au sens de l'article L. 351-1 du code du travail (Soc, 22 février 2005, n°03-11.467)

à poser des congés pour suivre leurs traitements. Le temps partiel thérapeutique peut apparaitre comme une modalité d'indemnisation adaptée à ces pathologies, mais il ne peut être attribué sur des durées très longues. L'invalidité ne permet pas non plus de répondre à cette problématique. En effet, ces personnes ne présentent pas de perte de capacité de gain de 2/3 et ne satisfont donc pas aux conditions médicales d'ouverture de droit.

- ***Le cumul de revenus de remplacement ne semble justifié que sur de courtes périodes***

Lorsqu'un assuré perçoit une pension de retraite tout en travaillant, il peut bénéficier d'indemnités journalières dans les limites de temps et de montant de droit commun, alors même qu'il perçoit déjà un revenu de remplacement. En effet, si la loi prévoit un écrêtement de la pension de retraite au cas d'espèce, les dispositions réglementaires pour en préciser les modalités n'ont jamais été prises. En revanche, lorsque l'assuré a liquidé ses droits à pension de retraite au titre de l'inaptitude au travail, celui-ci peut cumuler la pension et les indemnités journ alières pour une durée maximale limitée à six mois.

- ***Les pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, forfaitaires, représentent des montants limités***

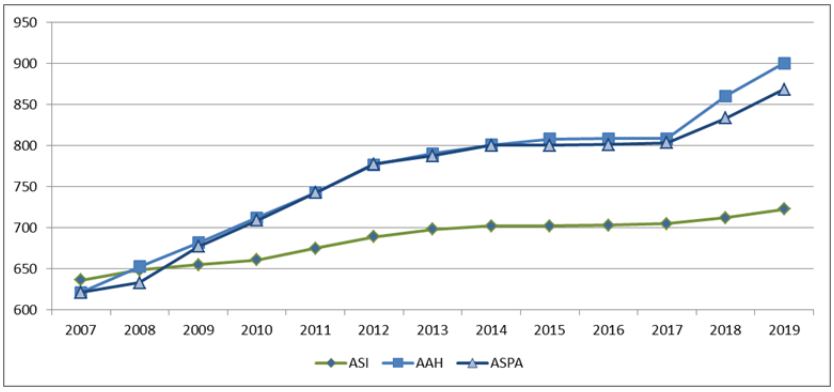
Les pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, à la différence de celles versées par les autres régimes, sont calculées sur une base forfaitaire et non proportionnelle. Leur montant demeure en outre particulièrement faible, à savoir 290 € par mois pour une invalidité partielle et 368 € par mois pour une invalidité totale. Ces niveaux très limités induisent de manière systématique pour les non-salariés agricoles bénéficiaires de pensions d'invalidité la réalisation d'autres démarches pour compléter leur pension par d'autres prestations sociales auxquelles ils peuvent avoir droit (ASI, RSA, AAH le cas échéant), avec des risques in fine de non-recours aux droits.

c) Les prestations accessoires à l'invalidité, destinées aux assurés qui ne peuvent travailler ou aux ressources modestes, apparaissent peu favorables par rapport à d'autres dispositifs

- ***Le calcul et la gestion de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) mériteraient d'être modernisés***

Le montant maximal de l'ASI (415,98 € en 2019), cumulé au montant de la pension minimale d'invalidité (289,90 €) ne permet pas d'atteindre le plafond de ressources pour bénéficier de l'allocation (723,25 €), alors même que cette-dernière est conçue comme une allocation différentielle. Ceci est lié au fait que le montant de l'ASI n'est pas fixé de façon différentielle au plafond de ressources. Ainsi, les deux montants sont revalorisés indépendamment, produisant, à terme, une déconnection croissante entre les deux montants. Au-delà de cette incohérence dans le calcul, l'ASI n'a bénéficié d'aucune revalorisation spécifique, contrairement à l'AAH ou à l'ASPA auxquelles elle pouvait se comparer initialement, accentuant le décrochage du minimum de ressources des personnes invalides.

Plafond de ressources garanties aux bénéficiaires d'AAH, d'ASPA et d'ASI pour une personne seule 2007-2019 (en euros)



De plus, le mécanisme de recouvrement sur succession des montants servis au titre de l'allocation peut s'avérer désincitatif alors que les sommes recouvrées sont très faibles (300 000 €). Au-delà de cet effet désincitatif lié à un mécanisme autant mobilisateur en gestion pour les caisses qu'en rendement, les autres allocations dont peuvent bénéficier certains assurés invalides, notamment l'allocation adultes handicapés (AAH), ne sont pas soumises à cette règle.

• La majoration pour tierce personne est une prestation forfaitaire bénéficiant à un nombre faible d'assurés

La majoration pour tierce personne est versée aux invalides de catégorie 3. Cette prestation forfaitaire fait l'objet de plusieurs limites :

- Il s'agit d'une prestation réservée à un nombre restreint de pensionnés (15 500 bénéficiaires au régime général en 2018) car elle implique l'impossibilité d'effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie ;
- Son montant (1 121,93 € par mois en 2019) n'est pas modulé en fonction de la situation de l'assuré, à la différence de la prestation de compensation du handicap (PCH), définie en fonction d'un plan d'aide, ou de la prestation de compensation pour recours à tierce personne servie en cas d'accidents du travail et maladies professionnelles (qui fait l'objet de trois niveaux d'indemnisation selon le nombre d'actes de la vie ordinaire que ne peut effectuer la personne).

Par ailleurs, le versement de la majoration pour tierce personne n'est pas suspendu en cas d'hébergement en maison d'accueil spécialisée, à la différence de la PCH. Elle se cumule ainsi avec la prise en charge des frais d'hébergement, alors même que l'invalide n'a plus besoin de financer une aide humaine dans la mesure où il est pris en charge en établissement.

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

a) Mesure proposée

La présente réforme s'articule en deux temps :

- D'une part, dans l'immédiat, il sera procédé à une clarification juridique de la définition de l'invalidité, à une rénovation du mécanisme de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité, à une meilleure articulation entre invalidité, indemnités journalières et retraite et à une revalorisation de l'ASI et des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles ;
- D'autre part, une expérimentation sera mise en place afin de modifier les règles d'ouverture de droits et d'évaluation de l'invalidité dans l'optique de pouvoir disposer de données fiables avant une potentielle réforme globale. Cette expérimentation vise à répondre aux enjeux liés au développement des pathologies chroniques et à la conciliation de l'invalidité avec l'activité professionnelle, en réexaminant notamment les critères d'évaluation de la perte de gains. Elle donnera lieu à une double instruction des dossiers, les pensions d'invalidité étant toujours liquidées selon les règles actuelles.

• *Clarifier les conditions médicales d'ouverture de droit à la pension d'invalidité*

La perte de capacité de travail ou de gain ne sera plus définie par rapport à une profession quelconque, mais par rapport à la catégorie de travail exercée par l'assuré concerné.

Ces évolutions contribueront à assurer une meilleure égalité de traitement entre assurés en matière d'appréciation de la mise en invalidité par les médecins conseils. Il est actuellement constaté que certaines caisses définissent déjà la perte de capacité de travail ou de gain par rapport à la catégorie de travail exercée par l'assuré. Si des données chiffrées précises permettant d'objectiver l'impact de cette mesure font défaut, ces deux clarifications auront un impact financier certain et pérenne, a minima de mise en cohérence et de convergence des pratiques des caisses pour l'octroi des pensions d'invalidité, dès lors qu'elles portent sur les conditions d'ouverture de droit.

Plusieurs dispositions relatives au régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) sont également prévues, afin de clarifier le champ du régime, en précisant qu'il couvre uniquement les salariés du régime général, et non les travailleurs indépendants qui relèveront également tous du régime général à compter du 1er janvier 2020. Cette confirmation du périmètre du RLAM neutralise un effet potentiellement induit en l'absence de cette clarification sur l'assurance-maladie obligatoire, puisque la couverture par le RLAM, en assurant une prise en charge complémentaire des frais de santé, concourt à améliorer l'accès aux soins et a in fine un effet sur les dépenses constatées.

• *Encourager la reprise d'activité pour les personnes invalides en assouplissant les règles de cumul entre pension d'invalidité et revenu d'activité*

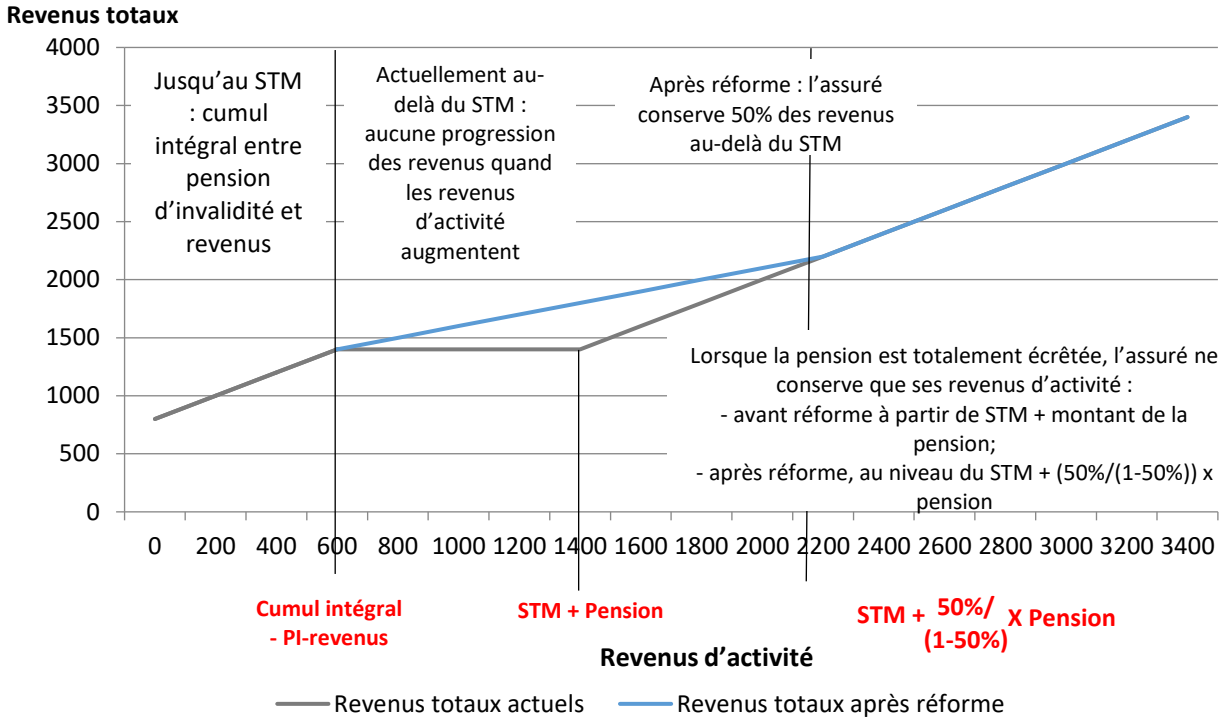
Il est proposé de prévoir un mécanisme permettant de rendre plus incitatif le cumul d'une pension d'invalidité et de revenus d'activité, afin de favoriser le maintien dans l'emploi et la reprise d'activité et d'assurer une meilleure protection des assurés en garantissant que, quelle que soit la situation de la personne invalide, toute heure travaillée constitue un gain financier :

- D'une part, un cumul intégral des revenus d'activité et de la pension d'invalidité jusqu'à ce que le revenu disponible de l'assuré redevienne similaire à celui qu'il avait avant son passage en invalidité. C'est la philosophie du dispositif d'écrêtement actuel, cohérente avec la logique contributive de la prestation qui vise à garantir un revenu de remplacement minimum par rapport à la rémunération antérieure. Pour éviter de pénaliser les assurés ayant connu une réduction d'activité avant la reconnaissance de leur perte de capacité de gain, ce seuil serait fixé, soit au salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité avant le passage en invalidité (STM), soit au

salaire annuel moyen des 10 meilleures années d'activité avant passage en invalidité (SAM), selon la règle la plus favorable à l'assuré.

- D'autre part, au-delà de ce seuil de ressources, la pension d'invalidité serait réduite mais seulement d'un pourcentage des gains constatés, afin de garantir un intérêt à augmenter sa quotité de travail, en supprimant ainsi l'effet couperet qui existe actuellement. Il s'agirait de s'inspirer du mécanisme d'abattement de la prime d'activité en prévoyant une pente de 50 % (celle de la prime d'activité est un peu plus élevée puisque de 61 %), ce qui demeure dans tous les cas favorable à la reprise d'activité de l'assuré.

Cas type de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité avant et après réforme : pension de 800 € mensuels et salaire trimestriel moyen (STM) de 1 400€



Ce mécanisme d'intéressement a vocation à être étendu aux bénéficiaires de l'ASI qui sont affectés par un écrêtement similaire même s'il est déconnecté du STM, le mécanisme jouant à partir d'un seuil équivalent à 0,3 SMIC mensuel, donc le plus souvent nettement plus défavorable. Cette mesure nécessitera la prise d'une disposition réglementaire.

- ***Rationaliser les modalités de cumul entre les différents revenus de remplacement***

Il est proposé de rationaliser les modalités de cumul entre les différents revenus de remplacement, tout en maintenant une incitation suffisante à l'exercice d'une activité :

- Entre le cumul emploi-retraite et les indemnités journalières, en prévoyant une durée maximum de cumul autorisé, dans une logique conforme à celle existant pour la retraite pour inaptitude. La limitation du cumul entre emploi-retraite et indemnités journalières est déjà prévue au niveau législatif mais est restée sans déclinaison au niveau réglementaire et non appliquée à ce jour. Il est proposé de la fixer à deux mois par voie règlementaire;
- Entre la pension d'invalidité et la retraite progressive, en supprimant la possibilité de cumuler les deux. L'assouplissement des règles de cumul entre pensions d'invalidité et revenus d'activité, a fortiori si elles peuvent être appliquées au-delà de 62 ans, permettra l'exercice d'une activité professionnelle aménagée.

- ***Améliorer les modalités d'indemnisation par l'ASI***

Dans la perspective de la mise en place du revenu universel d'activité (RUA), certaines évolutions de l'ASI, minimum social des pensionnés d'invalidité, apparaissent souhaitables, afin d'initier un rapprochement avec les règles existantes notamment pour l'AAH et préparer soit une fusion de ces minimas, soit leur meilleure articulation.

En premier lieu, il convient de corriger l'incohérence qu'il y a dans les textes prévoyant un montant maximum de revenus pour les bénéficiaires de l'ASI qui ne correspond pas au cumul du montant minimal des pensions d'invalidité et du plafond de l'ASI.

En outre, il est proposé une revalorisation exceptionnelle (qui se substituera à la revalorisation annuelle basée sur l'inflation) des montants mensuels de l'ASI, pour porter réglementairement le plafond d'éligibilité à 750 € à compter des allocations versées au titre d'avril 2020. Cette mesure aura un impact sensible sur le niveau de vie des intéressés.

Enfin, le recouvrement sur succession de l'ASI serait supprimé, car ce dernier est très désincitatif et engendre dans les faits très peu de recettes (300 000 € par an en moyenne). Une telle disposition n'est par ailleurs pas logique s'agissant d'une allocation en partie contributive (nécessité d'avoir cotisé *a minima* 600 heures ou 2 030 SMIC sur les 12 derniers mois).

- ***Relever le niveau des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles***

La présente mesure propose de mettre un terme au caractère forfaitaire des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles et instaure de nouvelles modalités de détermination de la pension.

Désormais, les pensions seront calculées sur la base des revenus professionnels antérieurement perçus, comme le sont les pensions des autres assurés sociaux. Les pensions d'invalidité pour les chefs d'exploitation seront calculées en fonction des revenus professionnels. Sera retenu le revenu annuel moyen correspondant aux trois meilleures années des huit années précédant celle au titre de laquelle la pension est due[1].

Les pensions d'invalidité des chefs d'exploitation agricoles seront calculées en pourcentage de leur revenu annuel moyen selon les modalités suivantes :

- 30 % du revenu annuel moyen en cas d'incapacité partielle, avec un montant minimum égal à 110% du montant de l'AVTS (3 827 € en 2019) et un maximum fixé à 15 % du PASS (6 078 € en 2019);
- 50 % du revenu annuel moyen en cas d'incapacité totale, avec un montant minimum égal à 1,95 fois le montant de l'AVTS (6 784€ en 2019) et un montant maximum fixé à 25 % du PASS (10 131€ en 2019), majoré de 40% en cas de recours à une tierce personne (minimum de 20 206€ et maximum de 23 553€ en 2019).

Cette mesure sera applicable aux nouvelles pensions d'invalidité liquidées à compter du 1er janvier 2020.

En ce qui concerne les pensionnés d'invalidité actuels, les 13 136 bénéficiaires de pensions liquidées avant le 1er janvier 2020 verront le montant forfaitaire de leur pension aligné sur les nouveaux montants minimums des pensions d'invalidité fixés à compter du 1er janvier 2020.

Par ailleurs, ces modalités de calcul des pensions d'invalidité en proportion du revenu ne s'appliqueront pas aux membres de la famille (conjoint collaborateur, aide familial) qui ne disposent pas de revenus en propre. Il leur sera alloué les montants minimums revalorisés de pensions attribuées aux chefs d'exploitation.

Les modalités de calcul ainsi retenues se traduiront par un relèvement très significatif des niveaux d'indemnisation pour les non-salariés agricoles, en raison d'une part de la prise en compte des revenus professionnels et d'autre part du relèvement du minimum de pension pour incapacité partielle ou totale.

Pour les assurés bénéficiaires, les gains annuels sont estimés en 2020 à :

- 352 € au niveau du minimum jusqu'à 2 680 € au niveau du plafond pour une inaptitude partielle (soit respectivement 29 € et 223 € de gain mensuel) ;
- 2 394 € au niveau du minimum jusqu'à 5 865 € au niveau du plafond pour une inaptitude totale (soit respectivement entre 200 et 489 € de gain mensuel). Ces gains significatifs induiront pour les assurés en invalidité totale des montants de pensions égaux ou supérieurs au RSA pour une personne isolée.

Cette mesure constitue un engagement fort d'amélioration de la protection sociale des non-salariés agricoles.

- ***Expérimenter une réforme globale du dispositif d'invalidité***

Une réforme globale du dispositif d'invalidité, qui pourrait être renommé « prestation de compensation maladie » (PCM) pour gommer le caractère potentiellement stigmatisant de la dénomination actuelle, pourrait être envisagée, en refondant profondément ses modalités d'évaluation et ses critères d'accès. Toutefois, l'évaluation des impacts de ces mesures étant complexifiée par le manque de données disponibles, une expérimentation de six mois dans deux organismes de service médical de la caisse nationale d'assurance maladie et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole est proposée. Cette expérimentation, conduirait à une double étude des dossiers des assurés, qui se verraient attribuer les pensions d'invalidité telles qu'aujourd'hui. L'expérimentation ferait l'objet d'un rapport du Gouvernement.

Plusieurs mesures seraient concernées par cette expérimentation :

[1] En outre-mer : les cotisations sociales des chefs d'exploitation ultramarins ne sont pas assises sur les revenus professionnels, mais sont calculées de façon forfaitaire en fonction de la superficie agricole pondérée. A défaut de connaître les revenus professionnels, un revenu théorique fonction du montant de la cotisation d'invalidité sera déterminé, en retenant l'équivalence de ce montant à un revenu professionnel en métropole.

Réformer l'évaluation de la perte de capacité de gain

Les modalités d'évaluation de la perte de capacités et de gains seraient clarifiées en définissant les critères permettant d'évaluer les pertes de gains.

Un critère d'accès, relatif aux pathologies non encore stabilisées, mais qui ne seraient pas susceptibles de connaître des améliorations à court terme, pourrait être ajouté afin de prendre en compte les dégradations progressives de l'état de santé (comme les phases terminales de cancers) aujourd'hui mal appréhendées par la définition de l'invalidité. Les modalités d'évaluation pourraient faire l'objet d'un guide-barème, qui resterait indicatif, mais constituerait néanmoins un appui utile pour les médecins-conseils.

Afin de répondre à la difficulté rencontrée par les médecins conseils pour évaluer l'employabilité des assurés prétendant au bénéfice de la prestation de compensation maladie (PCM), serait expérimentée la mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire du taux de perte de capacité de gain, pour les dossiers les plus complexes.

Redéfinir les catégories d'invalidité pour instaurer un dispositif de compensation des arrêts de travail réguliers résultant d'un état de santé dégradé durablement.

Une refonte des catégories d'invalidité serait expérimentée, afin d'adapter celles-ci à la situation actuelle des invalides. Le critère principal de distinction resterait la capacité à exercer une activité professionnelle à temps partiel, mais le taux de remplacement serait variable selon le taux de perte de gain :

- La prestation de compensation maladie de première catégorie (« PCM 1 ») concernerait, comme actuellement, les assurés ayant conservé la possibilité d'exercer une activité professionnelle. Toutefois, le taux de remplacement par rapport au salaire annuel moyen des dix meilleures années serait égal à la moitié du taux de perte de capacité de gain fixé par l'équipe pluridisciplinaire.
- La prestation de compensation maladie de catégorie 2 (« PCM 2 ») concernerait des personnes en incapacité totale d'exercer une activité professionnelle. Le taux de remplacement resterait fixé à 50 %.
- La catégorie 3 de l'invalidité serait supprimée : la majoration pour tierce personne, compensant la nécessité du recours à une tierce personne pour exercer les actes ordinaires de la vie pourrait être octroyée selon l'appréciation du médecin-conseil à des bénéficiaires de la PCM 2.

Cette réforme des catégories permettrait de retrouver une cohérence dans la définition des catégories, tout en atténuant les effets de rétrogradation entre ces dernières et en permettant de répondre à l'enjeu des arrêts de travail réguliers résultant d'un état de santé durablement dégradé, qui sont aujourd'hui mal appréhendés.

Afin de rendre le dispositif de la PCM plus dynamique, une visite périodique du service médical et du service social de la caisse primaire d'assurance maladie pourrait être instaurée. Cette visite périodique serait l'occasion de vérifier que le taux de perte de capacité de gain attribué à l'assuré est toujours adéquat.

Rendre la majoration pour tierce personne plus progressive

Dans le cadre de l'expérimentation, la majoration pour tierce personne pourrait être octroyée par le médecin-conseil en fonction des besoins de l'assuré (y compris pour les assurés en PCM 1).

Cependant, cette prestation serait rendue plus progressive, tout en conservant son caractère forfaitaire, en créant plusieurs niveaux d'indemnisation en fonction des besoins d'assistance. Il est proposé de s'inspirer de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne existant en matière d'AT-MP.

b) Autres options possibles

- ***Définition de l'invalidité***

Une autre option pourrait consister en une harmonisation des critères d'évaluation du handicap et de l'invalidité, en empruntant notamment la notion de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » applicable pour l'AAH et qui recouvre l'impossibilité d'exercer plus d'un mi-temps dans n'importe quelle activité. Cette option conduirait néanmoins à une indemnisation plus restrictive remettant en cause plus fondamentalement l'existence de l'invalidité en tant que risque contributif de nature partiellement assurantiel et comportant le maintien d'une logique professionnelle.

- ***Réforme du dispositif d'écrêtement***

Le dispositif d'écrêtement aurait pu être réformé selon d'autres modalités, notamment en permettant un cumul intégral des revenus d'activité avec la pension d'invalidité. Cette option présente le mérite d'être simple à mettre en œuvre et d'inciter les assurés à exercer une activité professionnelle. Cependant, permettre un cumul intégral des revenus d'activité avec la pension conduit les assurés à pouvoir disposer d'un revenu disponible plus important après leur passage en invalidité, sans limite. De plus, cette solution est coûteuse, même si elle peut permettre des gains en gestion liés à la suppression des ETP chargés de vérifier les déclarations de ressources des assurés (au sein des 600 ETP dédiés à la liquidation des pensions d'invalidité au total).

- ***Réforme de la majoration pour tierce personne***

Une autre réforme possible de la majoration pour tierce personne aurait pu consister en sa suppression et en une ouverture du droit à la prestation de compensation du handicap (PCH) aux invalides. Cette option n'a pas été retenue, car cela aurait supposé d'importantes démarches pour les assurés, sans certitude qu'ils perçoivent la PCH in fine.

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

Ces mesures ont un impact sur les dépenses des années à venir des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, au sens du 2° du C du V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, ce qui justifie leur place en loi de financement de la sécurité sociale.

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

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

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

III. Aspects juridiques

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

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

La mesure relève de la seule compétence de la France.

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'État, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive… et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

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. 323-2, L. 325-2, L. 341-1, L. 341-7 à L. 341-12, L. 341-14, L. 341-14-1, L. 341-16, L. 815-24, L. 815-28 et L. 816-3 du code de la sécurité sociale seraient modifiés, ainsi que l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime et l'article L 153 du livre des procédures fiscales.

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 (pour les salariés) sauf pour l'ASI (prestation non étendue)*
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	*Mesure directement applicable*
Saint-Pierre-et-Miquelon	*Mesure directement applicable (article 4 du décret n°91-306 du 25 mars 1991 relatif à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès et au congé de paternité dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon)*
Autres (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	*Mesure non applicable*

IV. Évaluation des impacts

1. Impact financier global

Pour estimer le coût de la modification du dispositif de cumul des pensions d'invalidité et des revenus d'activité, les montants totaux écrêtés actuellement ont été diminués à hauteur de 45 % (la baisse est en effet de 50 % pour les personnes actuellement partiellement écrêtées ; elle est moindre pour les personnes totalement écrêtées ; il est fait l'hypothèse que cela conduit à un abaissement du taux moyen d'écrêtement de 5 points).

En effet, selon les données de la CNAM, en 2018, environ 60 000 pensions d'invalidité ont été écrêtées partiellement ou totalement pour un montant global de 157 M€. Plus précisément :

- En catégorie 1, 38 220 pensions ont été écrêtées sur un total de 220 760, soit 17 %, pour un montant mensuel moyen d'écrêtement de 198 € ;
- En catégorie 2, 22 500 pensions ont été écrêtées sur un total de 586 800, soit 3,8 % ; pour un montant mensuel de 244 € ;
- En catégorie 3, 200 pensions ont été écrêtées sur un total de 16 030, soit 1,2 %, pour un montant mensuel de 313 €.

Le montant des écrêtements des pensions d'invalidité versées aux salariés agricoles s'élevait pour sa part à 3,4 M€ en 2017.

En outre, il est considéré que la fin des dispositions actuelles qui incitent d'un point de vue économique à caler son activité sur le seuil au-delà duquel la pension d'invalidité est écrêtée, accroitra le nombre de personnes qui dépassent ce seuil de 10 points. L'effet qui en découle conduirait à une économie de 32 M€, venant en minoration du coût brut découlant des éléments précédents (72 M€). Ce dispositif d'intéressement pourrait par ailleurs permettre d'accroître la quotité de travail des pensionnés d'invalidité et donc engendrer une hausse de recettes de cotisations sociales, qui ne font pas l'objet d'une estimation ici.

S'agissant du plafonnement du cumul des indemnités journalières et du cumul emploi-retraite à hauteur de 60 indemnités journalières, le gain est estimé à 50 M€ en année pleine, en faisant l'hypothèse de 475 000 bénéficiaires du dispositif emploi retraite (source enquête emploi), ayant des quotités de travail assez faibles (30% sont à temps complet, mais 40% travaillent moins d'un mi-temps) et indemnisés à hauteur de 29 € par jour durant 60 jours en moyenne avec environ 50% des bénéficiaires d'IJ âgés de 60 ans ou plus qui sont en arrêt plus de 30 jours (source assurance maladie).

Enfin, selon la distribution des montants des allocations supplémentaires d'invalidité versées entre juillet 2017 et juin 2018 (données SNIIRAM France entière), le coût de la revalorisation de l'ASI maximale à hauteur de la différence entre le seuil ressource et le montant minimal de pension d'invalidité sera de 3 M€, pour 12 000 bénéficiaires de l'ASI concernés. Il est fait l'hypothèse que 40 000 bénéficiaires de l'ASI cumulent aujourd'hui l'AAH : le coût de la revalorisation de l'ASI maximale est ainsi de 1,5 M€.

La hausse du plafond d'éligibilité à l'allocation à 750 € en 2020 pourrait représenter un surcoût de 10 M€ en 2020 en faisant l'hypothèse que 40 000 allocataires de l'ASI ne cumulent pas aujourd'hui avec l'AAH et que 3 000 personnes bénéficieraient nouvellement de l'ASI du fait de la revalorisation.

Les nouvelles modalités de calcul des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles liquidées à compter du 1er janvier 2020 et la revalorisation des montants forfaitaires pour les actuels pensionnés représentent une dépense de 20 M€ en 2020 et à terme, de 24 M€ à compter de 2022, ce qui amènera le niveau total des dépenses de pensions d'invalidité des non-salariés agricoles à 74,4M€ en 2020. Ce surcoût est financé :

- Pour 21,5 M€ via un relèvement progressif sur trois ans, de 0,1 point par an, du taux de la cotisation invalidité des non-salariés agricoles. Le taux de la cotisation est actuellement de 0,8 % et calculé sur les revenus professionnels avec une assiette minimale fixée à 11,5 % du PASS, soit 4 660 € en 2019. Il sera porté à 1,1% sur une durée de trois ans : 0,9% en 2020, 1% en 2021 et 1,1 % en 2022.
- Le besoin de financement lié au relèvement progressif de la cotisation est compensé, à titre transitoire et exceptionnel, à travers un prélèvement opéré sur les ressources du fonds IJ AMEXA en 2020 et 2021.
- Enfin, le relèvement des pensions d'invalidité se traduira par des économies sur l'ASI, à hauteur de 2,2 M€ par an, qui serviront à financer la hausse des pensions d'invalidité via une hausse de la dotation d'équilibre de la CNAM au régime des non-salariés agricoles. La dotation d'équilibre de la CNAM au régime des non-salariés agricoles viendra le cas échéant assurer le financement de la différence entre le montant de 2,2 M€ et le montant effectif restant à financer du relèvement des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Économie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2019 (rectificatif)	2020 P ou R	2021	2022	2023
Plafonnement du cumul IJ et cumul emploi retraite			+ 50	+ 50	+ 50
Réforme des règles de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité					
RG		*- 19*	*- 38*	*- 38*	*- 38*
MSA salariés		*- 1*	*- 2*	*- 2*	*- 2*
Revalorisation des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles		-20	-22	-24	-24
Revalorisation des montants minimum pour le stock		*-18*	*-16*	*-14*	*-14*
Calcul proportionnel et revalorisation des montants minimum pour le flux		*-2*	*-6*	*-10*	*-10*
Mode de financement					
Prélèvement sur le fonds IJ AMEXA		*11,2*	*6*	*0*	*0*
Hausse des cotisations		*6.9*	*14,1*	*21,5*	*21,5*
Economies ASI		*2,2*	*2,2*	*2,2*	*2,2*
Réforme de l'ASI (impact État)					
Calcul différentiel du montant maximum de l'ASI		- 1,5	- 1,5	- 1,5	- 1,5
Revalorisation à 750€		- 10	- 13,3	- 13,3	- 13,3
Suppression de la récupération sur succession		- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3

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

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

a) Impacts économiques

En favorisant la reprise d'activité professionnelle des assurés, la présente mesure aura un impact favorable sur le pouvoir d'achat des salariés en situation d'invalidité et sur l'activité économique. Elle favorisera également le pouvoir d'achat des non-salariés agricoles en situation d'invalidité.

b) Impacts sociaux

La mesure améliorera le niveau de vie des personnes en situation d'invalidité grâce à l'amélioration du cumul entre pension d'invalidité et revenus du travail et à l'amélioration des niveaux d'indemnisation des non-salariés agricoles.

De même, les mesures relatives à l'ASI auront un impact favorable sur les ressources des bénéficiaires de ce minimum social. La suppression de la récupération sur succession réduira ainsi les freins au recours à cette prestation. Le calcul différentiel du montant maximum et la revalorisation exceptionnelle de son plafond d'éligibilité à 750 euros en 2020 permettront d'augmenter les revenus des personnes invalides touchant ce maximum.

Enfin, l'expérimentation d'une redéfinition de l'évaluation de l'invalidité, si elle donne lieu à une réforme ultérieure, devrait avoir un impact important pour les intéressés : la prestation s'adaptera davantage au niveau d'incapacité des assurés.

- ***Impact sur les jeunes***

La mesure s'appliquera aussi aux assurés jeunes mais qui sont de fait relativement peu nombreux en invalidité.

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

Un nombre important des pensionnés d'invalidité sont également en situation de handicap. À ce titre, la mesure aura un impact favorable sur le niveau de vie de ces publics.

c) Impacts sur l'environnement

Néant

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

Les mesures relatives à l'invalidité auront un impact plus important sur les femmes qui constituent 55 % des pensionnés.

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 administratives des pensionnés d'invalidité exerçant une activité professionnelle seront simplifiées par la mise en place d'un téléservice de déclaration des revenus, en lieu et place des envois de formulaires actuels. A terme, les intéressés n'auront plus de démarches à effectuer grâce à l'exploitation des dispositifs de ressources mensuelles.

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

La réforme nécessitera une adaptation des systèmes d'information des régimes, notamment pour revoir le calcul du cumul des pensions d'invalidité et des revenus.

Les évaluations médicales par les médecins conseil devront être adaptées dans le cadre de l'expérimentation proposée.

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.

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

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

L'article R. 323-2 du code de la sécurité sociale sera modifié afin de préciser la durée maximale de versement d'indemnités journalières lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

L'article R. 341-17 du même code sera modifié afin de préciser le dispositif de cumul de la pension d'invalidité et des revenus.

Les articles suivants seront modifiés afin de tenir compte des mesures clarifiant les conditions d'ouverture de la pension d'invalidité : R. 341-2 à 4, R. 341-8 à 12 du code de la sécurité sociale.

Les articles D. 815-19 et D. 815-19-1 du même code seront modifiés afin de revaloriser le plafond d'éligibilité à l'allocation supplémentaire d'invalidité et par ailleurs les articles D. 815-20 et R. 815-78 seront modifiés afin supprimer les renvois relatifs au recouvrement sur succession.

L'article R. 732-4 du code rural et de la pêche maritime sera modifié pour calculer les pensions d'invalidité des non-salariés agricoles de manière proportionnelle aux revenus, revaloriser leurs montants minimum et leur fixer des plafonds.

Les textes d'application seront publiés au cours du premier semestre 2020.

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

La mise en œuvre des mesures s'échelonne du 1er janvier 2020 au 1er janvier 2021 au regard de la nécessité d'adapter les systèmes d'information des régimes.

c) Modalités d'information des assurés ou cotisants

Une information des assurés sera assurée par les sites internet des régimes.

d) Suivi de la mise en œuvre

Un dispositif d'évaluation sera prévu afin de tirer le bilan de l'expérimentation en vue de son éventuelle généralisation.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L. 323-2 actuel du code de la sécurité sociale	Article L. 323-2 modifié du code de la sécurité sociale
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, l'indemnité journalière due aux personnes ayant atteint un âge déterminé, titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. Toutefois, l'indemnité journalière des assurés qui supportent des charges de famille est seulement réduite dans des conditions fixées par décret. Lorsque la pension ou la rente a été accordée à raison de l'inaptitude au travail de l'intéressé, l'indemnité journalière est supprimée à compter de l'expiration d'un délai déterminé.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, ~~*l'indemnité journalière due aux*~~ **les** personnes ayant atteint un âge déterminé, titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, **peuvent bénéficier d'un nombre d'indemnités journalières qui ne peut excéder une limite fixée par décret pour l'ensemble de la durée du bénéfice de cet avantage vieillesse,** ~~*dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. Toutefois, l'indemnité journalière des assurés qui supportent des charges de famille est seulement réduite dans des conditions fixées par décret.*~~ ~~*Lorsque la pension ou la rente a été accordée à raison de l'inaptitude au travail de l'intéressé, l'indemnité journalière est supprimée à compter de l'expiration d'un délai déterminé.*~~
Article L. 325-1 actuel	**Article L. 325-1 actuel**
I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 160-8, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 160-13 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret. II.-Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après : 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; 2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité	I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 160-8, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 160-13 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret. II.-Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après : 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; 2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité

dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;	dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;
3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;	3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;
4° Personnes visées aux articles L. 161-8 et L. 161-9 du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général ;	4° Personnes visées aux articles L. 161-8 et L. 161-9 du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans ~~*les départements d'outre-mer*~~ **les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte**, qui ont été bénéficiaires du régime local **au titre des 1° à 3° et des 5° à 11°** en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit **aux prestations en espèces** au régime général ;
5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui soit ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;	5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans ~~*les départements d'outre-mer*~~ **les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte**, qui soit ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;
6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;	6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans ~~*les départements d'outre-mer*~~ **les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte,** qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;
7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés à l'article L. 371-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;	7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou ~~*dans les départements d'outre-mer*~~ **les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte**, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit **du régime général,** ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés à l'article L. 371-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans ~~*les départements d'outre-mer*~~ **les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte,** qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit **du régime général**;
8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 ;	8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 ;
9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue	9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont

durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ; 10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ; 11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen. Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre Etat de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°. Le régime local est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des assurés sociaux énumérés ci-dessus. III.-Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret.	relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient**, en tant que salariés,** de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ; 10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient**, en tant que salariés,** de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ; 11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, résidant en France ou dans un autre Etat de l'Union européenne, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) ~~*n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité*~~ **n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,** de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen. Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre Etat de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°. Le régime local est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective**, totale** et permanente des assurés sociaux énumérés ci-dessus. III.-Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret.

Article L. 341-1 actuel	**Article L. 341-1 modifié**
L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme**.**	L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées~~,~~ sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer~~, dans une profession quelconque,~~ un salaire supérieur à une fraction **de la rémunération ~~normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie~~,soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait**, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité ~~si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme~~**.**
Article L. 341-2 actuel	**Article L. 341-2 modifié**
Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier à la fois d'une durée minimale d'affiliation et, au cours d'une période de référence, soit d'un montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.	Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré ~~social~~ doit justifier à la fois d'une durée minimale d'affiliation et, au cours d'une période de référence, soit d'un montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.
Article L. 341-7 actuel	**Article L. 341-7 modifié**
La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse primaire d'assurance maladie.	La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse primaire d'assurance maladie **dont relève l'assuré.**
Article L. 341-8 actuel	**Article L. 341-8 modifié**
Si la caisse primaire d'assurance maladie n'en a pas pris l'initiative, l'assuré social peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé.	Si la caisse primaire d'assurance maladie n'en a pas pris l'initiative, l'assuré ~~social~~ peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé**.**
Article L. 341-9 actuel	**Article L. 341-9 modifié**
La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L. 341-3 ou à compter de la date de la consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.	La pension est toujours ~~concédée~~ **attribuée** à titre temporaire. Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L. 341-3 ou à compter de la date de la consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.
Article L. 341-11 actuel	**Article L. 341-11 modifié**
La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.	La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé **à l'initiative de la caisse ou de l'assuré.**

Article L. 341-12 actuel	Article L. 341-12 modifié
Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison ~~du salaire ou du gain~~ **de la rémunération** de l'intéressé**,** au-delà d'un seuil et dans des conditions ~~dans les conditions~~ fixées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 341-14 actuel	**Article L. 341-14 modifié**
Un décret en Conseil d'Etat détermine la fraction de la pension qui peut être maintenue à l'intéressé, quel que soit son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi des cours en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.	Un décret en Conseil d'Etat détermine la fraction de la pension qui peut être maintenue à l'intéressé, quel que soit ~~**son salaire ou gain**~~ sa rémunération, lorsqu'il ~~**aura**~~ fait l'objet d'un ~~**traitement**~~suivi médical ou **suit** ~~**suivi**~~ des cours en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.
Article L. 341-14-1 actuel	**Article L. 341-14-1 modifié**
Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4 du présent code des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.	Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, **L. 351-15** du présent code **ou** des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 **et L. 732-29** du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.
Article L. 341-16 actuel	**Article L. 341-16 modifié**
Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande. L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8. Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8. Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15.	Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est ~~concédée~~ **attribuée** que si l'assuré en fait expressément la demande. L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8. Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8. Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire

	si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15.
Article L. 815-24 actuel	**Article L. 815-24 modifié**
Dans les conditions prévues au présent chapitre, toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans une collectivité mentionnée à l'article L. 751-1, titulaire d'un avantage viager servi au titre de l'assurance invalidité ou de vieillesse par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires peut, quel que soit son âge, bénéficier d'une allocation supplémentaire dont le montant est fixé par décret : -si elle est atteinte d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain dans des proportions déterminées ; -ou si elle a obtenu cet avantage en raison d'une invalidité générale au moins égale, sans remplir la condition d'âge pour bénéficier de l'allocation aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1. Le montant de l'allocation supplémentaire peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés.	Dans les conditions prévues au présent chapitre, toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans une collectivité mentionnée à l'article L. 751-1, titulaire d'un avantage viager servi au titre de l'assurance invalidité ou de vieillesse par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires peut, quel que soit son âge, bénéficier d'une allocation supplémentaire dont le montant est ~~*fixé par décret*~~ **déterminé pour garantir l'atteinte d'un niveau de ressources minimal, fixé par décret, correspondant aux plafonds fixés par décret en application de l'article L. 815-24-1 :** -si elle est atteinte d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain dans des proportions déterminées ; -ou si elle a obtenu cet avantage en raison d'une invalidité générale au moins égale, sans remplir la condition d'âge pour bénéficier de l'allocation aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1. ~~*Le montant de l'allocation supplémentaire peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés.*~~
Article L. 815-28 actuel	**Article L. 815-28 abrogé**
Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont recouvrés en tout ou partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal au montant fixé par décret en application de l'article L. 815-13. Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-27 dans des conditions et selon des modalités fixées par décret. Les dispositions du troisième alinéa, du cinquième alinéa et du sixième alinéa de l'article L. 815-13 sont applicables au recouvrement sur succession de l'allocation supplémentaire.	~~*Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont recouvrés en tout ou partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal au montant fixé par décret en application de l'article L. 815-13.*~~ ~~*Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-27 dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.*~~ ~~*Les dispositions du troisième alinéa, du cinquième alinéa et du sixième alinéa de l'article L. 815-13 sont applicables au recouvrement sur succession de l'allocation supplémentaire.*~~
Article L. 816-3 actuel	**Article L. 816-3 modifié**
Les montants de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution sont revalorisés le 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.	Les montants ~~*de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et*~~ des plafonds de ressources prévus pour ~~*son*~~ **l'**attribution **de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24** sont revalorisés le 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.
Article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime modifié**
Les prestations d'invalidité sont dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise, aux aides familiaux et aux	Les prestations d'invalidité sont dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise, aux aides familiaux et aux

associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime, dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.	associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime, dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.
Elles sont également allouées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime ainsi qu'aux époux coexploitants et aux associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée conformément à l'article L. 324-1 et mentionnés à l'article L. 324-8, qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.	Elles sont également allouées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime ainsi qu'aux époux coexploitants et aux associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée conformément à l'article L. 324-1 et mentionnés à l'article L. 324-8, qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.
Les invalides, leurs conjoints et leurs enfants à charge bénéficient des prestations en nature de la présente assurance pour la maladie, la maternité et, lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pour les accidents qui leur surviennent.	Les invalides, leurs conjoints et leurs enfants à charge bénéficient des prestations en nature de la présente assurance pour la maladie, la maternité et, lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pour les accidents qui leur surviennent.
Lorsque l'inaptitude totale ou la réduction partielle de la capacité à l'exercice de la profession agricole résulte pour partie d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'intéressé peut néanmoins prétendre aux prestations d'invalidité dès lors que cette réduction de capacité ou cette inaptitude est imputable pour moins de la moitié à l'accident ou à la maladie professionnelle.	Lorsque l'inaptitude totale ou la réduction partielle de la capacité à l'exercice de la profession agricole résulte pour partie d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'intéressé peut néanmoins prétendre aux prestations d'invalidité dès lors que cette réduction de capacité ou cette inaptitude est imputable pour moins de la moitié à l'accident ou à la maladie professionnelle.
Les dispositions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.	**Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants exprimés en pourcentage du plafond annuel visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'Etat.** Les dispositions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 56 - Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

I. Présentation de la mesure

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

- ***Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT/MP)***

La législation en vigueur[1] prévoit que l'indemnité journalière versée suite à un arrêt de travail lié à un accident ou une maladie d'origine professionnelle est servie intégralement ou partiellement à la victime d'un AT/MP lorsqu'elle reprend un travail à temps partiel ou un travail à temps plein aménagé sur autorisation de son médecin traitant, à condition que cette reprise ait été reconnue par le médecin-conseil comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de l'état de santé.

Cette faculté est réservée aux victimes d'un AT/MP qui ont été placées en arrêt de travail à temps complet antérieurement à la reprise d'une activité. Cette condition constitue un frein au développement de ce dispositif et ne favorise pas la prévention de la désinsertion professionnelle des victimes.

La mission de MM. Bérard, Oustric et Seiller relative aux arrêts de travail diligentée par le Premier ministre et dont le rapport a été rendu en 2018[2] a ainsi recommandé d'ouvrir, pour les arrêts liés à une maladie d'origine non professionnelle, la possibilité de temps partiel thérapeutique, sans arrêt à temps complet préalable. A la suite du dépôt d'un amendement gouvernemental adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a concrétisé cette proposition pour les arrêts maladie.

La mesure présentée a pour objet d'étendre ces dispositions aux arrêts de travail liés à un AT/MP afin de favoriser la prévention de la désinsertion professionnelle des victimes en leur évitant de rester durablement éloignées du monde du travail et en leur permettant de revenir progressivement vers l'emploi de manière adaptée à leur état de santé.

Elle s'inscrit dans le cadre d'une politique globale d'amélioration des actions des organismes sociaux, des caisses de sécurité sociale aux services de santé au travail, en faveur de la prévention de la désinsertion professionnelle, visant notamment à mieux coordonner l'action des médecins traitants, des médecins du travail et des médecins conseils et à encourager la reprise d'activité en cas d'arrêt de travail en rendant les mécanismes de reprise partielle d'activité toujours incitatifs au travail, via le temps partiel thérapeutique en matière d'arrêts de travail maladie ou le cumul entre invalidité et revenus d'activité (comme proposé par d'autres dispositions du même projet de loi de refonte des dispositions applicables en matière d'invalidité).

- ***Suppression du délai de carence des IJ maladie versée en cas de temps partiel thérapeutique***

Le temps partiel thérapeutique (TPT) constitue une alternative à l'arrêt de travail à temps complet, prescrit par le médecin traitant lorsqu'il estime que le patient ne peut reprendre son travail dans les mêmes conditions que précédemment mais que la reprise partielle d'une activité peut contribuer à son rétablissement.

Conformément aux préconisations de la mission précitée conduite par MM. Bérard, Oustric et Seiller, l'article 50 de la loi de financement pour la sécurité sociale modifiant l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale a supprimé l'obligation d'arrêt préalable à temps complet avant un TPT pour toutes les affections dites ordinaires. Pour les assurés justifiant d'une affection de longue durée cette possibilité avait été ouverte en 2012.

Afin d'encourager pleinement, lorsque cela est médicalement justifiée, le recours au TPT plutôt qu'un arrêt à temps complet dès la prescription initiale, il apparait opportun de supprimer pour ces arrêts l'application du délai de carence. En effet, ce dispositif qui vise notamment à réguler le volume d'arrêt de travail et à dissuader l'éventuel recours à des arrêts non justifiés n'a par construction pas le même degré de pertinence s'agissant du TPT où le salarié conserve une activité professionnelle réduite.

- ***Suppression de la majoration du taux de remplacement des IJ maladie en fonction de leur durée de versement et de la situation familiale des assurés.***

Les indemnités journalières sont égales à 50 % des trois (ou douze) derniers salaires bruts dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le montant du Smic mensuel. Toutefois, ce taux de remplacement est porté à 66,66 % à partir du 31e jour d'arrêt

[1] Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

[2] Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions, Jean-Luc Bérard, Professeur Stéphane Oustric, Stéphane Seiller, janvier 2019.

pour les assurés en arrêt maladie ayant au moins trois enfants à charge. Cette majoration n'a pas d'équivalent dans les autres prestations délivrées par les caisses primaires d'assurance maladie et semble peu justifiée au regard de l'objet des indemnités journalières, prestations de nature contributive fondées sur les seuls revenus d'activité de l'assuré, quelles que soient ses ressources par ailleurs ou sa composition familiale. Les personnes concernées bénéficient par ailleurs d'allocations familiales maintenues pendant la durée de leur arrêt de travail.

En outre, la suppression de cette majoration du taux de remplacement sera pour la grande majorité des salariés sans effet financier, le complément versé par l'employeur en application des dispositions de l'article L. 1226-1 du code du travail venant compenser toute ou partie de la perte de salaire en sus de l'indemnité journalière versée par l'assurance maladie.

Sur la base de ces constats, le rapport IGAS-IGF de 2017[1] préconisait de simplifier les règles applicables aux indemnités journalières, notamment en appliquant un taux unique dans la durée aux indemnités journalières servies au titre de la maladie.

- ***Instauration d'IJ maladie et maternité/paternité pour les ministres des cultes affiliés au régime de la CAVIMAC***

Les ministres des cultes et les membres des congrégations religieuses qui ne relèvent, à titre obligatoire, d'aucun autre régime de base de sécurité sociale, sont affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité, vieillesse géré par la CAVIMAC (caisse d'assurance vieillesse, maladie et invalidité des cultes). Leur couverture sociale ne prend pas en charge le versement d'indemnités journalières maladie et maternité. Si l'absence d'indemnités journalières ne pose pas de difficulté majeure pour les membres des congrégations religieuses qui bénéficient de la mise en commun des ressources minorant l'impact de l'arrêt de l'activité d'un des membres de la communauté, cette situation est préjudiciable aux ministres des cultes qui n'ont pas de minimum de revenus (prêtres diocésains du culte catholique romain, pasteurs, imams, prêtres orthodoxes, prêtres anglicans, autres). Bien que les ministres des cultes ne soient pas considérés comme des salariés, leurs revenus sont liés à l'exercice de leur activité cultuelle. Ainsi, en cas d'arrêt prolongé suite à une maladie, les ministres des cultes voient leur situation économique fragilisée, ce qui nécessite le service d'indemnités journalières. Les ministres du culte ne bénéficient pas non plus d'indemnités journalières maternité et paternité, ce qui conduit à une situation inégalitaire injustifiée, qu'il convient de corriger.

- ***Expérimenter la mise en place d'une plateforme départementale pluridisciplinaire en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)***

En complément des actions visant à limiter la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles (prévention primaire), l'Etat et la branche AT/MP se sont engagés, notamment à travers la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017, à développer l'accompagnement des assurés victimes d'un AT/MP, afin d'encourager tout à la fois la reprise d'un emploi et l'amélioration de l'état de santé de l'assuré.

Sur la période de la COG 2014-2017, une expérimentation a ainsi été conduite à destination des victimes d'accidents du travail graves ou complexes. Elle a toutefois démontré la difficulté à identifier de manière suffisamment précoce les salariés en risque de désinsertion – et à leur proposer un accompagnement approprié mobilisant l'ensemble des acteurs pertinents. L'expérimentation prévue permettra ainsi de mieux coordonner l'action des différents acteurs concernés (en particulier les professionnels de santé et les services de l'emploi), de manière à favoriser la mobilisation plus précoce des dispositifs d'accompagnement des salariés.

2. La mise en place de cette expérimentation nécessite de déroger à l'article L 422-6 du CSS.Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

a) Mesure proposée

- ***Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel des victimes d'AT/MP***

La mesure proposée supprime l'obligation préalable d'arrêt de travail à temps plein pour le bénéfice du dispositif d'indemnisation ouvert, sur prescription du médecin traitant, aux personnes victimes d'un accident du travail ou une maladie professionnelle et autorisées par le médecin conseil à reprendre une activité aménagée ou à temps partiel. Elle simplifie les modalités de calcul et notamment de plafonnement de l'IJ correspondante, qui seront précisées au niveau réglementaire, de manière à assurer une incitation au maintien partiel de l'activité ou à sa reprise. Enfin, elle clarifie la dénomination de ce dispositif (actuellement appelé « travail léger ») pour l'harmoniser avec celle applicable pour les arrêts de travail pour maladie, le dispositif étant ainsi dénommé « travail aménagé ou à temps partiel ».

Cette mesure s'appliquera également aux salariés agricoles conformément aux dispositions de l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime.

[1] L'évolution des dépenses d'indemnités journalières – Revue de dépenses, IGAS-IGF, juillet 2017.

Les règles de calcul de l'indemnité et sa durée de versement seront clarifiées afin d'assurer une incitation au maintien partiel de l'activité ou à sa reprise et de garantir une application simplifiée et homogène par les caisses d'assurance maladie.

• *Suppression du délai de carence des IJ maladie versée en cas de temps partiel thérapeutique*

Afin de rendre plus favorable le recours à ce dispositif dès la prescription de l'arrêt de travail, et ainsi de lutter contre la désinsertion professionnelle, la mesure proposée vise à supprimer le délai de carence applicable aux indemnités journalières servies dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique prescrit initialement.

Cette mesure juste et concrète permettra de renforcer rapidement le dispositif existant tout en assouplissant l'accès à celui-ci. Cette mesure sera applicable aux salariés relevant du régime général et aux salariés agricoles.

• *Suppression de la majoration du taux de remplacement des IJ maladie*

La mesure proposée consiste à appliquer le taux de remplacement de 50 % à tous les assurés et quelle que soit la durée de leur arrêt de travail en supprimant l'actuelle majoration liée à la durée de l'arrêt et à la composition du foyer de l'assuré, afin de simplifier et de rendre plus lisibles les règles applicables aux indemnités journalières. Sa mise en œuvre n'emportera pas d'incidence financière pour les assurés bénéficiant du complément employeur légal ou conventionnel sur toute la durée de versement de ce complément.

Cette mesure sera applicable aux salariés relevant du régime général et aux salariés agricoles.

• *Instauration d'IJ maladie et maternité/paternité pour les ministres des cultes affiliés au régime de la CAVIMAC*

La mesure proposée vise à instaurer dans le régime des cultes des indemnités journalières maladie et maternité-paternité pour les ministres des cultes, selon des modalités particulières :

- pour bénéficier des indemnités journalières maladie, il est envisagé d'instaurer un délai de carence de 30 jours, au lieu de 3 jours au régime général. Le délai de carence serait donc fixé de façon à cibler la mesure sur les arrêts prolongés, les arrêts de plus courte durée pouvant être pris en charge dans le cadre des mécanismes de solidarité intra cultuelle existants.

- en l'absence de revenus versés aux intéressés qui perçoivent une rémunération individuelle selon des modalités spécifiques à chaque culte, le montant de l'indemnité journalière maladie et maternité-paternité serait calculé sur la base de l'assiette forfaitaire égale au SMIC servant au calcul des cotisations maladie.

• *Expérimenter la mise en place d'une plateforme départementale pluridisciplinaire en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)*

Cette plateforme départementale de compétences mutualisées, animée par la Caisse nationale de l'assurance maladie et les caisses d'assurance maladie choisies pour l'expérimentation, s'adresserait aux assurés en arrêt de travail à la suite d'un ciblage le plus précoce possible (qui devrait être facilité par le croisement des différentes données médico-socio-professionnelles du système d'information de la CNAM). Lieu de coordination fonctionnelle, cette plateforme aurait pour vocation :

- de réaliser un diagnostic précoce de la situation administrative, sociale et médicale de l'assuré et de permettre de définir le parcours d'accompagnement pluridisciplinaire approprié à sa situation ;
- de coordonner l'ensemble des acteurs tant internes qu'externes, dans le respect des compétences et des missions de chacun, mais également de favoriser le passage de relais entre les acteurs de la santé au travail, du maintien en emploi, de la formation et de la recherche d'emploi (Pôle emploi notamment) ;
- d'agir, sur une durée limitée à 12 mois, de manière concertée auprès de l'employeur et de l'assuré.

La plateforme départementale pluridisciplinaire permettrait ainsi de rendre plus lisible et plus intégrée l'offre de service de PDP pour les assurés et les employeurs. Elle permettrait aux professionnels de la santé au travail et notamment aux trois médecins (médecin du travail, médecin-conseil et médecin traitant) de mieux se coordonner pour proposer à l'assuré une prise en charge concertée de sa situation.

La mise en place de cette expérimentation nécessite de déroger à l'article L 422-6 du CSS pour les raisons suivantes :

- Cet article nécessite de conclure des conventions soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative entre les organismes de sécurité sociale et les services de santé au travail. Compte tenu de la durée de l'expérimentation (12 mois), il convient d'assouplir les relations entre les acteurs afin qu'ils puissent rapidement échanger sur la situation de l'assuré afin de lui proposer un parcours adapté.
- Cet article ne prévoit qu'une coordination entre services de santé au travail et les organismes de sécurité sociale. Le champ de cette coordination doit être étendu aux médecins traitants nécessaires à ce repérage précoce des salariés fragilisés. A l'heure actuelle la concertation de ces médecins n'est prévue que pour la visite de pré-reprise qui intervient trop tardivement pour les salariés les plus fragilisés.

b) Autres options possibles

Il aurait pu être envisagé d'appliquer un délai de carence réduit pour les arrêts à temps partiel prescrits sans arrêt à temps plein préalable. Cependant l'objectif d'un délai de carence étant lié à une volonté de réguler le volume global d'arrêt de travail et de dissuader à un recours potentiel à des arrêts non justifiés, il semble peu pertinent de maintenir un délai de carence s'agissant des arrêts à temps partiel alors même qu'on souhaite favoriser lorsque cela est médicalement justifié le recours à ce dispositif qui permet de prévenir la désinsertion professionnelle.

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

Cette mesure aura dans ses différentes composantes un effet sur les prestations au titre des années à venir versées par les régimes d'assurance maladie et donc sur leurs dépenses, la mesure ayant ainsi sa place en loi de financement de la sécurité sociale au regard 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 de la CNAM et de l'UNOCAM, les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAV, le conseil central d'administration de la MSA, la commission AT-MP du régime général et le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ont été saisis pour avis de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale en application des dispositions prévoyant une saisine pour de tels projets.

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 compétence de l'Etat membre.

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

La mesure 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. 382-21-1 du code de la sécurité sociale sera créé et les articles L. 323-3, L. 323-4 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale seront modifiés.

Le 3e alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale sera modifié.

Pour les salariés agricoles, les dispositions de coordination au sein du code rural et de la pêche maritime (CRPM) permettent de tirer les conséquences de la modification de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (cf. articles L. 751-8, R. 751-56 du CRPM).

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	Disposition directement applicable
Mayotte	Disposition applicable par renvoi déjà existant
Saint-Martin et Saint-Barthélemy	Disposition directement applicable
Saint-Pierre-et-Miquelon	Disposition applicable
Autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna, TAAF)	Disposition non applicable

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier global

La mesure relative à l'assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel des victimes d'AT/MP devrait conduire à une réduction du nombre de personnes en arrêt de travail à temps complet, ce qui aura pour effet de diminuer le volume des IJ correspondant à un arrêt à temps plein et d'augmenter dans les mêmes proportions le volume des IJ à temps partiel, moins coûteuses par construction pour les régimes. Du fait de cet effet de substitution, la mesure devrait donc générer une économie, qui pourrait augmenter au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif. L'économie ci-dessous a été chiffrée sous l'hypothèse d'une bascule de 1 % des arrêts à temps plein vers la reprise d'une activité, qui parait cohérente en début de montée en charge de la mesure. Cette mesure devrait en conséquence générer une économie de 10M€ par an.

Pour les indemnités journalières maladie, le coût de la suppression du délai de carence des IJ TPT conduit à ce qu'elles soient versées dès le premier jour d'arrêt et non plus à compter du 4e jour. Il est fait l'hypothèse que 10 % des arrêts prescrits au titre d'un TPT seront prescrits sans arrêt de travail à temps plein préalable, puis 15 % en 2021 et 20 % après montée en charge, du fait de l'effet incitatif de la mesure sur le recours direct au TPT. Le coût de la mesure est ainsi estimé à 1,2 M€ en 2020, 1,8 M€ en 2021, puis 2,2 M€ par an.

En outre, l'alignement du taux de remplacement à hauteur de 50 % pour tous les assurés et quelle que soit la durée de l'arrêt génèrera une économie de 70 M€ en année pleine. La mesure entre en vigueur au 1er juillet 2020.

S'agissant de la mesure relative aux ministres des cultes, le coût concernant les IJ maladie est estimé à 670 000 euros. Le coût des IJ maternité et paternité est évalué autour de 300 000 euros. La Cavimac fait état de 266 assurées en âge d'avoir des enfants parmi les affiliées concernées, particulièrement des femmes pasteurs. Le chiffre concernant les pères potentiels, au vu de la population concernée, est considéré comme négligeable.

Organismes impactés **(régime, branche, fonds)**	**Impact financier en droits constatés (en M€)** Economie ou recette supplémentaire (signe +) Coût ou moindre recette (signe -)				
	2018 (rectificatif)	2019	2020	2021	2022
Branche AT-MP			+10	+10	+10
Branche Maladie			+ 33	+ 67	+ 67
Suppression du délai de carence pour les IJ TPT			- 1,2	- 1,8	- 2,2
IJ CAVIMAC			-1	-1	-1
Suppression de la majoration pour 3 enfants			+ 35	+ 70	+ 70

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

a) impacts économiques

En ce qui concerne la branche AT/MP, la mesure relative au travail aménagé ou à temps partiel devrait permettre d'élargir les conditions d'accès au dispositif de maintien en emploi en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle tout en favorisant l'amélioration de l'état de santé du salarié. Elle constitue, à ce titre, un levier important des politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle. Cette mesure pourrait permettre aux employeurs, en diminuant le nombre des arrêts de travail à temps complet, de continuer à s'appuyer sur les compétences de la personne victime d'un AT/MP (sans avoir besoin de la remplacer ou de former ses collègues). La diminution des arrêts de travail à temps complet permettra aussi de baisser le coût de l'AT/MP imputé à l'employeur dans son taux de cotisation.

En ce qui concerne la branche maladie, de la même manière, la suppression du délai de carence de versement des IJ maladie en cas de TPT prescrit dès l'arrêt de travail sera favorable et aux assurés et à leurs employeurs, en favorisant le maintien dans l'emploi de ces personnes.

La mesure relative à la mise en place d'un taux unique pour les indemnités journalière maladie ser ait neutre pour les assurés justifiant d'un complément employeur pour la période couverte par celui-ci. Les employeurs seront donc amenés à verser un complément employeur de 16,66 % aux assurés bénéficiant d'indemnités journalières au-delà de 31 jours d'arrêt de travail et ayant trois enfants à charge. Selon les données disponibles (source DREES), 80% des salariés sont couverts par un complément employeur ou une couverture complémentaire facultative et bénéficieront donc d'une compensation par leur employeur de la suppression de la majoration pour 3 enfants pour les jours d'arrêts couverts par le complément.

b) impacts sociaux

Cette mesure doit permettre aux assurés victimes d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle ou non, placés dans l'incapacité de reprendre leur poste de travail antérieur sans aucun aménagement, de continuer à exercer une activité professionnelle et d'éviter ainsi un éloignement durable et définitif du monde du travail, voire une désocialisation.

Cette mesure est également bénéfique dans la mesure où elle accorde un avantage social aux ministres des cultes, aujourd'hui privés d'indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité ou de paternité. Les indemnités journalières dues au titre de la maladie ou de la maternité ou de la paternité ne concerneraient que les ministres des cultes. En effet, les membres des congrégations religieuses ne perçoivent pas de revenus individuels et sont totalement pris en charge économiquement par la collectivité religieuse d'appartenance ou à défaut vivent de la générosité des fidèles (dons, offrandes). Cette mesure permettra d'assurer un revenu de remplacement pour les ministres des cultes en incapacité de poursuivre leur activité pour raisons de santé ou de maternité.

- ***impact sur les jeunes***

Sans objet.

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

Cette mesure participera à l'amélioration de la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap lié à un AT-MP.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

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

La mesure aura un impact favorable sur la situation des femmes ministres des cultes, actuellement privées du droit de bénéficier des indemnités journalières au titre de la maternité, ce qui les place dans une situation défavorable et inégalitaire vis-à-vis des femmes des autres régimes. Par ailleurs, les hommes ministres des cultes seront également en mesure de bénéficier du congé paternité, ce qui permet de respecter le principe d'égalité entre les sexes.

La suppression de la majoration du taux de remplacement des IJ maladie en cas de trois enfants à charge aura le même effet sur les femmes que sur les hommes et sera compensée pour celles et ceux qui bénéficient du versement d'un complément employeur.

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

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

Cette mesure permet à la victime d'un AT/MP de se voir prescrire par son médecin traitant, en fonction de son état de santé, un arrêt de travail initial comportant l'exercice d'une activité de nature à réduire le risque de désinsertion professionnelle. Cette mesure ne modifie pas les démarches à accomplir de la part des assurés (envoi à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse de MSA de l'autorisation de travail du médecin traitant et de l'attestation de l'employeur indiquant la nature de l'emploi exercé).

Les mesures relatives au délai de carence des IJ TPT et de l'alignement du taux de remplacement des IJ maladie en fonction de leur durée de versement n'ont aucun impact sur les démarches des assurés.

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

Le système d'information des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses de mutualité sociale agricole devra être adapté, pour supprimer le contrôle bloquant lié au respect de la condition actuelle d'arrêt de travail à temps complet préalable, ainsi que pour modifier le calcul applicable aux indemnités journalières maladie.

En ce qui concerne la Cavimac, la mesure n'aura pas d'impact significatif, la caisse ayant récemment refondu la gestion de son système d'information.

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 prévus par les conventions d'objectifs et de gestion.

4. 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 nouvelle rédaction de l'article L. 323-4 impliquera de revoir les dispositions des articles R. 323-4 à R. 323-9 du code de la sécurité sociale.

La rédaction de l'article R. 433-15 du code de la sécurité sociale, qui détaille les modalités de mise en œuvre de la reprise d'activité, devra être modifiée ; les modalités de calcul de l'IJ en cas de temps partiel thérapeutique y seront également précisées. Cette modification sera applicable directement aux ressortissants du régime général ainsi que des salariés agricoles au moyen du renvoi de texte opéré par l'article R. 751-56 du CRPM.

En outre, la formulation de l'article R. 433-13 du code de la sécurité sociale pourrait être précisée pour ajouter aux termes : « tout certificat médical attestant la nécessité d'arrêt de travail » les mots : « le cas échéant assorti d'une autorisation de travail aménagé ou à temps partiel ». Cette même formulation sera à intégrer au sein de l'article R. 751-55 du CRPM.

La création de l'article L. 382-21-1 suppose de créer un article dédié au sein de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre II du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale, après l'article R. 382-105.

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

La mesure relative à la reprise de travail aménagé ou à temps partiel entrera en vigueur au 1e janvier 2020, ainsi que la mesure de mise en place d'indemnités journalières pour les affiliés de la CAVIMAC.

La modification relative au calcul des indemnités journalières pour maladie (suppression de la majoration pour les parents de trois enfants) entrera en vigueur au 1er juillet 2020.

c) Modalités d'information des assurés et employeurs

Les différentes mesures feront l'objet d'une communication aux assurés par les sites Internet des différents régimes concernés, notamment le site ameli.fr, ainsi que d'une information aux médecins prescripteurs.

d) Suivi de la mise en œuvre

Le suivi de la mesure de mise en place d'un travail aménagé ou à temps partiel s'effectuera à travers le rapport annuel de gestion de la branche AT/MP.

En ce qui concerne la Cavimac, cette mesure fera l'objet d'un suivi dans le cadre du rapport d'activité de la caisse.

Annexe : version consolidée des articles modifiés.

Code de la sécurité sociale	
Article L. 323-3 du code de la sécurité sociale	**Article L. 323-3 du code de la sécurité sociale (modifié)**
L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants : 1° Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ; 2° L'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.	L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants : 1° Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ; 2° L'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé. **Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité.** Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.
Article L. 323-4 du code de la sécurité sociale	**Article L. 323-4 du code de la sécurité sociale (modifié)**
L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée. L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel. Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail. Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat. En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions. Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.	**L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière.** **Le revenu d'activité antérieur journalier est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.** ~~*L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.*~~ ~~*L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.*~~ ~~*Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.*~~ ~~*Le taux*~~ **La fraction,** ~~*et*~~ le ~~*maximum*~~**plafond** ~~*des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée*~~, ainsi que les modalités de détermination ~~*du gain journalier de base*~~ **des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa** sont fixés par décret en Conseil d'Etat. ~~*En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée*~~

	~~*déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.*~~ ~~*Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.*~~
	Article L. 382-21-1 du code de la sécurité sociale (nouveau)
	I. Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité. **L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.** **Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.** **Les conditions prévues aux articles L323-4-1 à L323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.** **Un décret détermine les modalités d'application du présent I.** **II. Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.**
Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale	**Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (modifié)**
La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. L'indemnité journalière est servie en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant,	La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur. Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. ~~*L' indemnité journalière est servie en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.*~~ **Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la**

dans les mêmes conditions. Le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.	**blessure**. ~~*La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. Le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence*~~. L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.
Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime (modifié)**
Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée : 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ; 2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ; 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article. Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée. En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans	Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée : 1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ; 2° Les collaborateurs d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ; 3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article. Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée. En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.

la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée. Les articles L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-5, L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.	Les articles L. 323-3, **à l'exception de son quatrième alinéa**, L. 323-3-1, L. 323-5, L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
Article L. 752-5-1 du code rural et de la pêche maritime	**Article L. 752-5-1 du code rural et de la pêche maritime (modifié)**
L'indemnité journalière est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse de Mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé par le médecin traitant dans les mêmes conditions. A compter de la date de reconnaissance par le médecin-conseil de la reprise d'un travail léger et pour toute la durée de cette reprise, la majoration de l'indemnité, mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 752-5, n'est pas due. La durée de versement de l'indemnité journalière ainsi que son montant sont déterminés par décret.	~~*L'indemnité journalière est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse de Mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.*~~ **Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse de mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.** ~~*La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé par le médecin traitant dans les mêmes conditions.*~~ A compter de la date de reconnaissance par le médecin-conseil de ~~*la reprise d'un travail léger*~~ **l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel** et pour toute la durée de ~~*cette reprise*~~ **ce travail**, la majoration de l'indemnité, mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 752-5, n'est pas due. La durée de versement de l'indemnité journalière ainsi que son montant sont déterminés par décret.

Avis des caisses

1. CNAM

Ajuster une page entière à la fenêtre

l'Assurance Maladie

Caisse Nationale

Le Vice-Président du Conseil de la Cnam

Date 3 Octobre 2019

Monsieur le Ministre
de l'Action et des Comptes publics
Direction du budget
TELEDOC : 275 - Bâtiment A
Bureau 6BCS
139 rue de Bercy
75572 PARIS CEDEX 12

SG/MDI/RM-MLG -D-2019-4549

Affaire suivie par : *mdi.cnam@assurance-maladie.fr*

OBJET : Extrait d'urgence

Monsieur le Ministre,

Vous avez sollicité l'avis du Conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie sur le projet de texte examiné lors de sa séance du jeudi 3 octobre 2019.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020**

  Le Conseil s'est prononcé sur ce texte par 19 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC, FNMF, FNATH, UNAASS, M. CORONA), 10 prises d'acte (MEDEF, CPME) et 5 abstentions (UNAF, U2P, FAGE).

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Yves LAQUEILLE

Vice-Président du Conseil de la CNAM

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

2. CAT-MP

l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

La Présidente
de la CAT/MP

Date 2 Octobre 2019

Madame la Ministre
du Travail
Direction générale du travail
39 Quai André Citroën
75015 PARIS

SG/MDI/AH-MLG-D-2019-4555

Affaire suivie par : *mdi.cnam@assurance-maladie.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 2 octobre 2019.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2020**

  La Commission s'est prononcée sur le PLFSS 2020 par 5 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC), 4 abstentions (MEDEF, U2P) et 1 prise d'acte (CPME).

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Anne THIEBEAULD
La Directrice par intérim

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

3. CNAV

Cnav Retraite & Action sociale
Sécurité sociale

Le Président du Conseil d'administration de la CNAV

à

Madame la Ministre des solidarités et de la santé

Vos/Réf. :
Direction de la Sécurité sociale
SD5-A
Isabelle TOUYA

Paris, le 3 octobre 2019

Contact :
Secrétariat du Conseil d'administration de la CNAV
Tél. 01 55 45 54 44
conseils-et-commissions@cnav.fr

A l'attention de Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice de la Sécurité sociale

Madame la Ministre,

Par lettre du 30 septembre 2019, le Ministère des solidarités et de la santé et le Ministère de l'action et des comptes publics ont transmis pour avis, dans le délai prévu à l'article R. 200-4 du code de la Sécurité sociale, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

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 qui s'est tenue hier 2 octobre 2019, puis par le Conseil d'administration de ce jour qui, à la majorité, a émis un avis défavorable sur ce projet de texte.

En effet, les délégations CGT (3 voix), CGT-FO (3 voix), CFDT (3 voix), CFTC (2 voix) et CFE-CGC (2 voix), ainsi que Mme FAYARD, personne qualifiée, soit au total 14 voix, ont émis un avis négatif, tandis que les groupes MEDEF (7 voix) et CPME (3 voix), ainsi que M. AQUINO et Mme MEYER-MEURET, personnes qualifiées, ont pris acte et que la délégation U2P (3 voix), ainsi que M. AUBRY, personne qualifiée, se sont abstenus.

Je vous prie de trouver jointes à ce courrier les motivations formulées par les diverses composantes du Conseil d'administration à l'appui de leur position.

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Le Président
du Conseil d'administration :

Gérard RIVIERE

Cnaf
Conseil d'administration
du 3 octobre 2019

RELEVE DE DECISIONS

1. Approbation du procès-verbal de la réunion du 3 septembre 2019

Ce procès-verbal est adopté à l'unanimité, sous réserve des remarques de M. Letort, pour Mme Bagault.

2. Avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

Par :

- 19 voix contre (3 Cgt, 3 Cgt/Fo, 3 Cfdt, 2 Cftc, 2 Cge/Cgc, 1 personne qualifiée (Mme Vignau), 5 Unaf),
- 4 abstentions (1 personne qualifiée (Mme Fromageau), 3 U2p),
- 10 prises d'acte (3 Cpme, 6 Medef, 1 Cnpl/Unapl),

le conseil d'administration émet un **avis défavorable** sur cet avant-projet de loi.

5. ACOSS

ACOSS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

CONSEIL D'ADMINISTRATION CA

3 octobre 2019

EXTRAIT DE RELEVE DE DECISIONS
REUNION EXTRAORDINAIRE DU 3 OCTOBRE 2019

DEMANDE MINISTERIELLE D'AVIS SUR L'AVANT-PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2020

Par 14 voix contre (délégations CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT et FO ainsi que Mme ARAV, personne qualifiée), 10 prises d'acte (délégations CPME et MEDEF ainsi que M. BORDAS, personne qualifiée), 2 voix pour (M. AUDIGE et Mme VAN CAUWENBERGE, personnes qualifiées), la délégation U2P et le représentant des professions libérales UNAPL/CNPL s'abstenant, le conseil d'administration vote majoritairement contre cet avant-projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

Le conseil d'administration regrette unanimement les conditions de saisine de l'Acoss sur ce texte.

6. CCMSA

santé
famille
retraite
services

EXTRAIT DU RELEVE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DU 3 OCTOBRE 2019

AVIS RELATIF AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (PLFSS) POUR 2020

Vu la saisine du 30 septembre 2019 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020,

Le Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole :

■ **Concernant l'équilibre général du budget de la sécurité sociale,**

- constate la poursuite de l'effort de maitrise des dépenses sociales et le retour à l'équilibre du régime général désormais reporté à 2023,

- regrette l'absence de compensation par l'Etat de l'intégralité des mesures d'exonération, contrairement au principe instauré depuis 1994, alourdissant ainsi le budget de la sécurité sociale.

■ **Concernant le domaine santé :**

- **émet un avis favorable sur les principales mesures relatives** :

  ✓ aux pensions d'invalidité des salariés et des non-salariés agricoles : la MSA se félicite des mesures envisagées et plus particulièrement la revalorisation des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles demandée depuis des années par la MSA, aux côtés de la profession agricole ;

  ✓ à la suppression du délai de carence des IJ maladie versée en cas de temps partiel thérapeutique pour les assurés salariés. Elle souhaite que cette mesure puisse être étendue aux assurés non-salariés agricoles, dans un souci d'équité par rapport aux assurés salariés. Cette disposition favorise le recours au temps partiel thérapeutique et en conséquence au maintien de l'emploi ;

  ✓ à la prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation de prix en cas de concurrence, sous réserve :

    - que la liste des dispositifs médicaux qui pourront être reconditionnés soit composée de dispositifs médicaux ayant un reste à charge modéré,

    - que l'assuré ne soit pas pénalisé au regard de la prise en charge, s'il ne souhaite pas restituer son dispositif médical ;

  ✓ au financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés, qui bénéficiera notamment aux ressortissants agricoles qui, faute de pouvoir trouver un placement en France, sont hébergés en Belgique avec une moindre prise en charge ;

- ✓ à la mise en place d'un forfait pour un parcours global post traitement aigu du cancer. La MSA est favorable à la création de tout dispositif permettant l'amélioration de l'état de santé de ses assurés, en particulier ceux fragilisés par un traitement lourd ;

- ✓ aux diverses mesures concernant les transports de patients ;

- ✓ à la mesure de prise en charge intégrale des frais liés à la contraception des mineures. La MSA estime souhaitable, néanmoins, que les jeunes hommes mineurs puissent bénéficier également de la prise en charge à 100% des préservatifs sans condition d'âge ;

- ✓ au renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments ;

- ✓ à la réforme du financement des hôpitaux de proximité. La MSA considère que ce nouveau maillage constitue, pour les patients dans les territoires isolés, une garantie supplémentaire en termes d'accès aux soins ;

- ✓ à la réforme du financement de la psychiatrie et l'évolution du modèle cible de financement des SSR ;

- ✓ aux mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins, qui les inciteront à s'installer dans les zones fragiles en matière d'accès aux soins ;

- ✓ à la mesure facilitant l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités ;

- ✓ au non cumul de la retraite progressive et de la pension d'invalidité des salariés, sous réserve de précisions à apporter concernant la pension d'invalidité liquidée au titre de l'inaptitude.

- **prend acte de la mesure concernant :**

  - ✓ la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides au 1er janvier 2020. La CCMSA souhaite pour permettre la bonne information des assurés et la mise en place de l'organisation optimale que la mise en œuvre opérationnelle du fonds (dépôt et traitement des dossiers) intervienne à la fin du 1er semestre 2020. En conséquence, la CCMSA demande l'introduction d'une disposition dans la loi prévoyant que, pour la mise en place du fonds, l'instruction effective des demandes d'indemnisation débutera au plus tard le 1er juillet 2020, la date d'effet des prestations restant fixée au 1er janvier 2020.

    Elle s'inquiète par ailleurs du manque de précisions à ce stade sur le détail du financement et des moyens associés à cette gestion.

  - ✓ la mise en place à titre expérimental d'une plateforme départementale pluridisciplinaire en matière de prévention de la désinsertion professionnelle coordonnée par la Cnam. La MSA souligne qu'elle a mis en place depuis 2013 dans ses 35 caisses des cellules de prévention-maintien dans l'emploi (CPME) au profit de ses ressortissants, constituées a minima des médecins du travail, des médecins conseils et des travailleurs sociaux. Peuvent également les rejoindre CAP Emploi, la MDPH, Comète France, ou toute autre personne ou institution ayant une expertise en la matière.

■ **Concernant le domaine famille :**

S'agissant de l'indemnisation du congé de proche aidant :

- émet un avis favorable sur les mesures relatives à l'indemnisation du congé proche aidant qui vient améliorer les aides de soutien et qui contribue à faire reconnaitre cette position, alors que le rôle d'aidant est souvent complexe. La MSA rappelle qu'elle est très engagée dans la politique de soutien des proches aidants et qu'il est fondamental d'être vigilant à l'équilibre de vie et à la santé des aidants ; il convient de leur permettre de « souffler » afin de maintenir un lien équilibré dans les cellules familiales ;

- appelle toutefois l'attention sur la durée de versement de 3 mois pour l'ensemble de la carrière, qui parait insuffisante au regard des besoins non couverts liés au handicap et au grand âge ;

- interpelle sur le court délai de mise en œuvre du dispositif prévu par la loi (1er octobre 2020) pour la création de cette nouvelle prestation de la branche Famille qui nécessite des développements informatiques.

S'agissant de la création du service public de versement des pensions alimentaires :

- émet un avis favorable sur les mesures relatives à :

  ✓ l'extension des missions de la MSA et des CAF leur permettant de collecter, à la demande d'un parent ou du juge, les pensions alimentaires auprès du parent débiteur pour les reverser au parent créancier (intermédiation financière) dans l'objectif de limiter les tensions induites par le lien financier entre les parents ;

  ✓ l'assouplissement de la procédure de paiement direct en permettant la modulation de l'étalement du recouvrement des termes courants et des arriérés de pension jusqu'à 24 mois, et non plus obligatoirement sur une durée fixe de 24 mois ;

  ✓ la récupération des impayés de pensions par retenue sur les prestations versées par les CAF ou MSA au parent débiteur, avec son accord.

S'agissant de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants :

- émet un avis favorable pour favoriser l'accès à l'information pour les familles. La MSA s'associe à la CNAF pour compléter le site d'information www.mon-enfant.fr

- Regrette par ailleurs, l'absence d'évolution permettant la suppression de la condition de revenu professionnel minimal permettant à un couple de bénéficier de la majoration de plafond pour l'octroi des prestations familiales et logement. La MSA rappelle que cette règle est inadaptée à la situation des non-salariés agricoles disposant de faibles revenus professionnel.

■ **Concernant le domaine retraite :**

- émet un avis favorable concernant les mesures relatives à :

  ✓ la transition vers la retraite des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), sous réserve de rendre la mesure applicable aux NSA de métropole et d'outre-mer, par la modification du code rural et de la pêche maritime ;

  ✓ la transition vers la retraite des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sous réserve d'une part, d'intégrer dans l'alinéa portant sur l'ASPA les assurés inaptes percevant une pension ou relevant du SASPA qui peuvent bénéficier de l'allocation dès l'âge légal (62 ans) et, d'autre part, d'adapter le texte aux non-salariés agricoles par des renvois législatifs au code rural et de la pêche maritime ;

- prend acte de la mesure concernant la revalorisation différenciée des prestations sociales, notamment retraite, qui prévoit une revalorisation annuelle de la plupart des prestations sociales de 0.3% (hors minima sociaux indexés sur l'inflation) ;

- appelle l'attention sur la forte demande des retraités agricoles d'une revalorisation dès 2020 des retraites des non-salariés agricoles, sans attendre la mesure de portage à 85% du smic annoncé dans le cadre de la réforme des retraites ;

- regrette enfin que sa demande de reprise par la CADES du déficit cumulé de la branche retraite des non-salariés agricoles n'ait pu être satisfaite au titre de l'année 2020 en raison du plafond d'endettement de la Cades et rappelle que les non-salariés agricoles s'acquittent comme les autres professions de la CSG/CRDS.

■ **Concernant le domaine des cotisations et la lutte contre la fraude :**

- émet un avis favorable concernant les mesures relatives :

  ✓ au renforcement des capacités d'investigation des contrôleurs MSA en matière de fraude au détachement dans le secteur intérimaire. Cette mesure sollicitée par la MSA permettra une plus grande efficience dans la lutte contre ce type de fraude ;

  ✓ à la modulation des annulations des exonérations de cotisations en cas de travail dissimulé en fonction de l'importance de la faute commise. La MSA regrette cependant que les situations de travail dissimulé en bande organisée ne soient pas exclues de cette disposition ;

  ✓ à la sécurisation des redressements de cotisations suite à un travail dissimulé au régime agricole.

- prend acte de l'unification des déclarations de revenus fiscales et sociales des travailleurs indépendants non agricoles à compter en 2020 et 2021 et de l'extension envisagée en 2022 pour les non-salariés agricoles. A cet égard la MSA regardera avec attention les conséquences pour les cotisants d'un éventuel alignement de l'assiette sociale sur l'assiette fiscale.

Le Président

M. Pascal CORMERY

Le Directeur Général

M. François-Emmanuel BLANC

7. CPSTI

CONSEIL DE LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Secrétariat général

Madame Mathilde LIGNOT-LELOUP
Directrice de la Sécurité Sociale
Ministère des Solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

La Plaine Saint-Denis, le 3 octobre 2019

Madame la Directrice,

Je vous prie de trouver, ci-dessous, un extrait du relevé de délibérations de l'Assemblée générale du CPSTI réunie le 2 octobre 2019.

.....

VII. PROJETS DE TEXTES

1) **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020**

Par 12 voix, l'Assemblée générale a majoritairement pris acte du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, étant précisé que 9 Conseillers se sont abstenus.

2) **Projet de Décret en Conseil d'Etat relatif à l'avenir du droit d'option des professionnels libéraux pour une affiliation à la sécurité sociale des travailleurs indépendants**

L'Assemblée générale a émis un avis défavorable au projet de décret en Conseil d'Etat par 6 voix contre et 15 abstentions.

.....

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'assurance de ma haute considération.

La Présidente

Sophie DUPREZ

Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants
260-264 avenue du Président Wilson
93457 La Plaine Saint-Denis cedex
Tél : 0177930867

8. UNCAM

L'Assurance Maladie

Caisse Nationale

Le Président du
Conseil de l'Uncam par intérim

Date 3 octobre 2019

Madame la Ministre
des solidarités et de la Santé
Direction de la Sécurité Sociale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

SG/MDI/MD-MLG-D-2019-4552

Affaire suivie par : *mdi.cnam@assurance-maladie.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 jeudi 3 octobre 2019.

- **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020**

  Le Conseil s'est prononcé sur le PLFSS 2020 par 6 voix défavorables (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC), 3 voix favorables (CCMSA), 8 prises d'acte (MEDEF, CPME, CNDSSTI) et 1 abstention (U2P).

Je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Yves LAQUEILLE

Président de l'UNCAM par intérim

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
www.ameli.fr

9. UNOCAM

UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

Délibération n° CONS. – 43 – 3 octobre 2019 – Avis relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020

Par un courrier en date du 30 septembre 2019, notifié par voie électronique le même jour, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a été saisie par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), en application de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020.

Aux termes de cet article, l'UNOCAM « *rend un avis public et motivé sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale* ».

Au regard de la date de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le Conseil de l'UNOCAM a adopté le présent avis le 3 octobre, dans le cadre de la procédure d'urgence par voie dématérialisée. Cet avis porte, d'une part, sur l'économie générale du PLFSS pour 2020 et, d'autre part, sur les dispositions du projet de loi de financement qui intéressent particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie.

1. Economie générale du PLFSS pour 2020

1.1. Situation des comptes sociaux

Le PLFSS pour 2020 présente, sur la base des hypothèses macro-économiques retenues par les pouvoirs publics[1], une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre du budget de la Sécurité sociale dont le montant est supérieur à celui de l'Etat.

Après un déficit ramené à 1,2 Mds€ en 2018 (régime général + FSV), la situation des comptes sociaux se dégrade en 2019 avec un déficit prévisionnel actualisé de -5,4 Mds€, en raison des mesures d'urgence économique et sociale (MUES) et de la révision des prévisions de croissance pesant sur les recettes. La branche maladie resterait la plus déficitaire avec -3 Mds€ en 2019 suivi par la branche retraite -2,1 Mds€.

Après mesures correctrices, le PLFSS pour 2020 anticipe une réduction lente du déficit en 2020, avec un solde de -5,1 Mds€, avant un retour à l'équilibre repoussé à 2023.

---

1 - Comme indiqué en annexe B, les hypothèses macro-économiques retenues sont les suivantes pour 2020 : 1,3 % de croissance du PIB (après 1,4 % en 2019), 2,8 % de masse salariale (après 3,3% en 2019) et 1% d'inflation (comme en 2019). Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a jugé raisonnables ces prévisions pour 2020.

En 2020, la branche maladie stabiliserait son déficit à -3 Mds€ et la branche retraite continuerait à se dégrader, et ce à la veille d'une réforme systémique envisagée, à -2,7 Mds€ en 2020. Il convient de noter que les soldes prévisionnels 2019 et 2020 sont aussi impactés par la non-compensation par le budget de l'Etat à la Sécurité sociale de certaines mesures d'urgence économique et sociale.

L'objectif d'amortissement de la dette de la sécurité sociale est envisagé pour 2024.

Pour les pouvoirs publics, *« ce changement de rythme […] ne remet pas en cause les objectifs du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux ni son cap »*. Le respect de la nouvelle trajectoire des comptes sociaux repose notamment sur un effort de maîtrise des dépenses de la branche maladie dont le dynamisme reste fort mais aussi la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations sociales.

⇨ *L'UNOCAM prend acte de cette nouvelle trajectoire de redressement des comptes sociaux.*

1.2 Principales mesures concernant la branche maladie

a) Un ONDAM à 2,3% en 2020 conformément aux engagements pris

Pour l'année 2020, l'objectif de dépenses de la branche maladie est fixé à 222,3 Mds€ pour le régime général (**article 58**). Dans ce cadre, le taux d'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera ramené, comme prévu, à 2,3% en 2020, contre 2,5% en 2019.

Compte tenu de l'évolution spontanée des dépenses sous ONDAM et de la progression de 4,6 Mds€ des dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité[2] dans le champ de la maladie, le respect de l'ONDAM nécessitera de réaliser des « économies » sur le tendanciel à hauteur de 4,2 Mds€.

Ce quantum, proche en réalité des années précédentes, comprend notamment :
- 1,045 Mds€ au titre de la structuration de l'offre de soins
- 1,345 Mds€ pour les actions sur les tarifs des produits de santé et remises
- 1,235 Mds€ au titre de la pertinence et de la qualité des actes et prescriptions
- 205 M€ au titre de la gestion dynamique du panier de soins remboursé

⇨ *L'UNOCAM note que le PLFSS prévoit un effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie à un niveau proche de 2019. Il conviendra, au-delà des grands axes annoncés, de documenter les objectifs d'économies et les estimations d'impacts des mesures nouvelles de gestion du risque. Comme le prévoient les textes, l'UNOCAM demande à participer à l'élaboration de ces actions de gestion du risque.*

---

[2] - Parmi ces dépenses nouvelles, on peut citer : la réforme du 100% Santé (0,3 Md€), la hausse de la rémunération des professionnels de santé (0,6 Md€), l'amélioration de la prise en charge du grand âge (0,3 Md€), le Pacte de refondation des urgences à l'hôpital et la réforme du financement à l'hôpital (0,6 Md€), les innovations médicales et organisationnelles (0,6 Md€)….

b) De premières mesures concernant la prise en charge de la perte d'autonomie

En avance de phase sur le projet de loi relatif à la perte d'autonomie, le PLFSS prévoit plusieurs dispositions, en sus de la hausse du sous-ONDAM médico-social, en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la dépendance dont :

- l'indemnisation du congé de proche aidant avec le versement pendant trois mois maximum d'une allocation journalière pour les bénéficiaires de ce congé[3] (proche d'un bénéficiaire de l'AAH ou de l'APA GIR 1 à 3) à hauteur de l'allocation journalière de présence parentale (44€ par jour) (**article 45**).

- l'expérimentation d'un cadre permettant la prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne (**article 12**). Cette mesure pourrait contribuer à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

  ⇨ *L'UNOCAM considère que c'est un sujet sur lequel les organismes complémentaires peuvent apporter des solutions en complément de la solidarité nationale.*

2. Dispositions intéressant particulièrement les organismes complémentaires d'assurance maladie

2.1. Réforme du ticket modérateur à l'hôpital (article 26)

Plus de quinze ans après le passage à la T2A des établissements de santé et la mise en place d'un dispositif transitoire dans les établissements publics, l'**article 26** pose les bases d'une réforme du ticket modérateur à l'hôpital[4] qui doit entrer en vigueur progressivement à partir de 2021 :

- D'une part, en pérennisant le système du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) pour les établissements de santé publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif,
- D'autre part en le rationnalisant en introduisant une nomenclature simplifiée et nationale des TJP.

  ⇨ *L'UNOCAM partage la nécessité, y compris juridique, de revenir sur le dispositif actuel qui est peu satisfaisant, source d'inégalités et avait vocation à être transitoire. Elle note que la réforme envisagée qui doit permettre de réaliser une nomenclature nationale des tarifs journaliers de prestations ne concerne que le champ des établissements de santé publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif. Loin d'être un sujet uniquement technique, elle souligne que cette réforme est susceptible d'avoir un impact sur les restes à charge des assurés et donc sur les organismes complémentaires santé au titre de la prise en charge du ticket modérateur. Dans ce contexte, l'UNOCAM constate que l'essentiel de la*

---

3 - les salariés, les travailleurs indépendants et les agents publics.
4 - Pour mémoire, lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé en 2003, a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux hôpitaux publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier de continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP), définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

réforme, y compris dans certains de ses principes fondamentaux, est renvoyé à des dispositions réglementaires. Elle demande, compte tenu de l'impact direct sur les assurés et les organismes complémentaires, à être associée étroitement à la construction de cette réforme.

2.2. Disposition relative à la refonte des nomenclatures en ville (article 27)

L'article 27 prévoit, comme acté dans le cadre du Plan « Ma santé 2022 », qu'une révision des nomenclatures et de la classification générale des actes professionnels sera réalisée, en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans un délai de cinq ans.

⇨ *L'UNOCAM soutient l'objectif visé d'une actualisation des nomenclatures afin d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, en favorisant les techniques et les modes de prise en charge les plus efficaces dans le cadre d'une gestion plus dynamique du panier remboursable. Elle demande à être associée à ce chantier d'ampleur qui aura nécessairement un impact sur les organismes complémentaires d'assurance maladie. Rappelons que l'UNOCAM doit aujourd'hui être consultée sur toute évolution de nomenclature.*

2.3. Disposition relative au contrat dit de sortie CMUC-ACS (article 32)

A la suite de la réforme ayant conduit à la fusion des dispositifs CMU-c et ACS et à la création du nouveau dispositif dénommé Complémentaire santé solidaire au 1er novembre 2019, **l'article 32** prévoit :

- D'une part, une refonte du « contrat de sortie »[5] de la complémentaire santé tel que proposé aux assurés dont les ressources deviennent supérieures aux seuils d'éligibilité du dispositif public (introduction d'un article L. 861-12 au CSS) : les bénéficiaires du nouveau dispositif de Complémentaire santé solidaire dont le droit est géré par un organisme complémentaire auront la possibilité de choisir, pour une durée d'un an, un contrat de sortie respectant les critères du contrat dit responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et dont le tarif sera fixé par arrêté en fonction de l'âge du bénéficiaire.

  ⇨ *L'UNOCAM considère que la réforme de la CMUC-ACS rendait nécessaire une adaptation du contrat de sortie du nouveau dispositif. Toutefois, l'Union demande à être associée étroitement à la fixation du montant des tarifs pour ce nouveau contrat de sortie. Ces montants devront concilier l'objectif d'accessibilité financière pour les personnes aux revenus les plus modestes et les exigences d'équilibre économique des contrats inhérentes à l'activité même d'assurance.*

- D'autre part, la fixation des modalités de calcul des frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes complémentaires

---

5 - Pour rappel, à l'expiration de leur droit à la CMUC ou à l'ACS, les personnes gérées par un organisme complémentaire (mutuelle, organisme d'assurance ou institution de prévoyance) ont droit pendant un an à un contrat leur offrant les mêmes garanties que leur protection antérieure (panier CMUC ou contrat ACS) à tarif préférentiel.

gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré (modification de l'article L. 862-2 du CSS), sous la forme d'un montant forfaitaire en euro *per capita* et non plus sous la forme d'un coefficient de majoration sur les dépenses de CMUC. Pour mémoire, le montant de ce forfait est fixé par arrêté après avis de l'UNOCAM.

⇨ *L'UNOCAM prend acte du toilettage de la loi sur ce point et restera vigilante sur l'évaluation du dispositif d'ici un an et sur l'évolution du montant de ce forfait.*

2.4. Dispositions relatives aux produits de santé

Le PLFSS pour 2020 prévoit plusieurs dispositions relatives aux produits de santé, avec pour objectifs d'améliorer la régulation et la pertinence, et notamment :

L'article 15 qui introduit, à l'instar de ce qui existe déjà pour le médicament, une clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux financés en sus des prestations d'hospitalisation[6] reposant sur un mécanisme de reversement partiel si l'objectif de dépenses est dépassé. L'objectif d'évolution des dépenses minoré des remises serait fixé pour 2020 à 3% de la dépense remboursée.

L'article 28 prévoit que les dispositifs médicaux remboursables présentant le même profil d'efficacité et de tolérance et entre lesquels il existe une concurrence, peuvent faire l'objet d'une nouvelle procédure de « référencement sélectif » sous forme d'appels d'offres à l'initiative des Ministres de la santé et de la sécurité sociale. L'article vise également à favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux qui sont encore en bon état de fonctionnement pour éviter le gaspillage.

⇨ *Sans commenter l'ensemble des mesures, l'UNOCAM note que les dispositions proposées tendent à davantage encadrer par voie réglementaire la fixation des prix des produits de santé et la sélection des produits éligibles au remboursement. Si l'UNOCAM partage l'objectif poursuivi d'une juste régulation des produits de santé, elle considère qu'il faudra évaluer ces nouveaux dispositifs en termes de d'efficience de la dépense, de structuration du marché, de liberté de choix des assurés...*

⇨ *S'agissant plus spécifiquement de l'article 28, l'UNOCAM partage l'objectif du référencement sélectif, elle sera vigilante sur les modalités de mise en œuvre qui devront assurer le maintien d'une concurrence suffisante et garantir la liberté de choix des assurés. Considérant que les secteurs éligibles à ce dispositif peuvent faire l'objet de dépassement, l'UNOCAM souhaite être associée au processus de sélection des catégories ciblées ainsi qu'à la définition des critères de sélection. S'agissant de la réutilisation des dispositifs médicaux, l'UNOCAM est favorable au principe dès lors que toutes les conditions de qualité et de sécurité pour les patients sont garanties.*

---

6 - correspondant aux dispositifs médicaux implantables et invasifs particulièrement couteux inscrits aux titres III et V de la LPP.

2.5. Autres dispositions dans le champ de la santé et de l'assurance maladie

L'article 43 prévoit la fixation d'un prix de cession pour le test rapide d'orientation diagnostic (TROD) angine, en cohérence avec ce qui avait été annoncé lors de la dernière négociation conventionnelle entre l'Assurance maladie et les représentants des pharmaciens d'officine à laquelle l'UNOCAM a participé.

- ⇨ *L'UNOCAM est favorable à cette mesure qui doit permettre de limiter le coût d'achat du TROD angine par les pharmaciens d'officine. Elle relève que toutes les prestations effectuées par les pharmaciens d'officine pourront faire l'objet d'une franchise médicale, la liste de ces prestations devant être précisée par voie réglementaire.*
- ⇨ *Enfin, l'UNOCAM accueille favorablement les* ***mesures renforçant la prévention*** *et notamment* ***l'article 33*** *relatif à la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des frais de contraception pour toutes les jeunes filles mineures ou encore* ***l'article 40*** *prévoyant la mise en place d'un forfait financé sur le Fonds d'intervention régional (FIR) de bilans dans le cadre d'un parcours global post-traitement aigu du cancer.*

2.6 Dispositions relatives au financement

Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de modification de l'article 28 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 qui prévoit le transfert du solde du produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) du Fonds CMU à la branche maladie. Pour mémoire, le produit de cette taxe perçue sur les contrats d'assurance santé prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est affecté au Fonds CMU et constitue désormais la seule recette du Fonds, l'Etat s'étant désengagé de son financement depuis 2008.

- ⇨ *Comme chaque année, l'UNOCAM regrette que le transfert de ce solde ne réponde à aucune logique, si ce n'est budgétaire. Elle rappelle son opposition à ce que la TSA soit la seule ressource de ce dispositif de solidarité nationale. Elle renouvelle sa demande d'un recours à des recettes autres que celles émanant des organismes complémentaires pour financer le Fonds CMU et donc d'une baisse du taux de la TSA.*

***

L'UNOCAM constate que les pouvoirs publics sont amenés avec le PLFSS pour 2020 à présenter une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux, notamment en raison des mesures d'urgence économique et sociale et d'une conjoncture économique moins favorable.

A travers l'UNOCAM et les fédérations, les organismes complémentaires santé demandent à être pleinement associés comme partenaires aux réformes dans le champ de la santé que ce soit dans le cadre de la réforme du 100% Santé, la réforme du ticket modérateur à l'hôpital ou encore le chantier annoncé sur la révision des nomenclatures de ville.

A ce stade, le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure législative ayant un impact financier majeur sur les organismes complémentaires. Pour autant, s'il devait y avoir de nouveaux transferts pris par voie règlementaire ou conventionnelle, l'UNOCAM rappelle qu'ils seraient répercutés mécaniquement sur les cotisations des organismes complémentaires.

A cet égard, l'UNOCAM rappelle que l'année 2020 sera marquée par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du 100% Santé, dont le financement repose en majorité sur les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Dans ce contexte, il est essentiel que les organismes complémentaires puissent compter sur une stabilité du cadre juridique, social et fiscal. Cette stabilité doit permettre de disposer du temps nécessaire au déploiement des réformes, à leur pédagogie auprès des assurés et à leur évaluation.

En conséquence, le Conseil prend acte du PLFSS pour 2020.

Délibération adoptée à l'unanimité

pradyDate de génération
9 octobre 2019