RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COMMISSION
des AFFAIRES SOCIALES

PARIS, le 17 octobre 2017

DOCUMENT PROVISOIRE

Commentaires des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 269),

M. Olivier Véran, rapporteur général

Document provisoire établi sous la responsabilité du
secrétariat de la commission des affaires sociales

DOCUMENT PROVISOIRE

SOMMAIRE

—

Pages

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016 7

Article 1er : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016 7

Article 2 : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2016 (annexe A) 17

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017 19

Article 3 : Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur recettes du Fonds CMU 19

Article 4 : Rationalisation de la C3S et suppression de la C4S 21

Article 5 : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2017 27

Article 6 : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2017 32

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018 34

TITRE IER – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE 34

Chapitre Ier – Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs 34

Article 7 : Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs 34

Chapitre II – Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs 67

Article 8 : Transformation du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs 67

Article 9 : Exonération généralisée de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises 97

Article 10 : Allégement des démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés 102

Article 11 : Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL 106

DOCUMENT PROVISOIRE

Chapitre III – Dispositions relatives à la fiscalité comportementale 145

Article 12 : Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement du rattrapage de la fiscalité applicable en Corse 145

Article 13 : Verdissement de la taxe sur les véhicules de société 159

Chapitre IV – Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie 166

Article 14 : Fixation des taux « Lv » et « Lh » pour 2018 et précisions sur les conditions d'application de la clause de sauvegarde 166

Article 15 : Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des rémunérations alternatives au paiement à l'acte .. 170

Chapitre V – Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement .. 172

Article 16 : Modernisation du recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs ... 172

Article 17 : Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général 177

TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 179

Article 18 : Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale 179

Article 19 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 203

Article 20 : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2018 207

Article 21 : Tableau d'équilibre du régime général 211

Article 22 : Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et la section 2 du FSV 212

Article 23 : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt 214

Article 24 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B) 218

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018 221

TITRE IER – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE 221

Article 25 : Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles monoparentales 221

Article 26 : Harmonisation des barèmes et des plafonds de la PAJE et du complément familial 225

Article 27 : Objectif de dépenses de la branche famille 230

TITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE 231

Article 28 : Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées 231

Article 29 : Harmonisation des dates de revalorisation des pensions de retraite de base et de l'ASPA 234

Article 30 : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse 236

DOCUMENT PROVISOIRE

TITRE III – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES 237

Article 31 : Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale 237

Article 32 : Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP 240

Article 33 : Objectifs de dépense de la branche AT-MP 242

TITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE 243

Chapitre Ier – Dispositions relatives à la prévention 243

Article 34 : Vaccination obligatoire des enfants 243

Chapitre II – Promouvoir l'innovation en santé 252

Article 35 : Innovation du système de santé 252

Article 36 : Prise en charge de la télémédecine 266

Article 37 : Modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature 272

Article 38 : Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus 279

Chapitre III – Accroître la pertinence et la qualité des soins 290

Article 39 : Renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions hospitalières 290

Article 40 : Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé 293

Article 41 : Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux 303

Article 42 : Uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable 312

Article 43 : Extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs 317

Chapitre IV – Moderniser le financement du système de santé 320

Article 44 : Report de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire 320

Article 45 : Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes 324

Article 46 : Suppression de la dégressivité tarifaire 329

Article 47 : Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé 332

Article 48 : Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation 334

Article 49 : Évolution des compétences financières des Agences régionales de santé (ARS) 349

Article 50 : Mesure d'efficience et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social 353

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 51 : Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à la Haute Autorité de santé (HAS) 357

Article 52 : Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS..... 360

Chapitre V – Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie 362

Article 53 : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès 362

Article 54 : ONDAM et sous-ONDAM 363

TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES..... 365

Article 55 : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)..... 365

TITRE VI – DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES..... 366

Article 56 : Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)..... 366

Article 57 : Renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude 368

DOCUMENT PROVISOIRE

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2016

Article 1er
Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2016

Cet article porte approbation des comptes du dernier exercice clos, retracés notamment dans des tableaux d'équilibre consolidés. Ils permettent d'établir la base sur laquelle peut être construite la trajectoire financière pour les années suivantes.

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

A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (1)

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement sur la situation des comptes pour le dernier exercice clos, à savoir l'année 2016.

1. Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale témoigne d'un recul important de leurs déficits cumulés en 2016

● Le **1°** de cet article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des **régimes obligatoires de base**.

S'agissant de ce premier périmètre, il est défini conformément à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale tous les trois ans par le Gouvernement lui-même par la voie d'une liste transmise au Parlement au moment lors de l'examen du PLFSS. À l'aune de la liste transmise à l'occasion du présent

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

DOCUMENT PROVISOIRE

PLFSS [1], on compte donc dans le champ des régimes obligatoires de base le régime général, dix-huit régimes spéciaux [2], deux régimes agricoles et quatre régimes de non-salariés ainsi que des régimes « fermés » qui n'accueillent plus de nouveaux assurés tout en continuant à distribuer quelques prestations. Certains régimes ne dérogent au régime général que pour une seule branche (vieillesse généralement) [3].

Le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1er soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 39 de la LFSS 2016) ou révisées (article 36 de la LFSS 2017).

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2016 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2016)			**Prévisions révisées (LFSS 2017)**			**Réalisé (PLFSS 2018)**		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	194,9	201,1	– 6,2	197,0	201,1	– 4,0	195,9	200,7	– 4,7
Vieillesse	228,7	227,8	0,9	228,3	227,1	1,2	228,8	227,2	1,6
Famille	48,6	49,6	– 0,8	48,7	49,7	– 1,0	48,6	49,6	– 0,1
AT-MP	14,0	13,4	0,6	14,1	13,4	0,7	14,1	13,3	0,8
Total*	**472,8**	**478,3**	**– 5,6**	**474,4**	**477,6**	**– 3,1**	**473,7**	**477,1**	**– 3,4**
FSV [4]	*16,4*	*20,1*	*– 3,7*	*16,5*	*20,3*	*– 3,8*	*16,7*	*20,3*	*– 3,6*
Total incluant le FSV*	**469,5**	**478,7**	**– 9,2**	**471,1**	**478,0**	**– 6,9**	**470,5**	**477,5**	**– 7,0**

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2016, LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Le résultat définitif pour 2016 fait apparaître un solde négatif de 7 milliards d'euros, contre 10,2 milliards d'euros en 2015.

Cette amélioration de plus de 3 milliards d'euros est pour la première fois depuis plusieurs années le résultat d'une amélioration de l'ensemble des risques [5].

---

(1) Document triennal de présentation des régimes obligatoires de base.

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

(3) Il existe ainsi 14 régimes d'assurance vieillesse, 3 régimes d'assurance maladie, 7 régimes d'AT-MP, (à repréciser avec la nouvelle liste)

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

(5) Y compris le FSV dont le solde s'est amélioré de 300 M d'euros. L'excédent de la branche AT-MP connaît une très légère hausse, invisible dans la présentation du tableau, de 750 millions d'euros à 762 millions d'euros, malgré une diminution de ses recettes.

DOCUMENT PROVISOIRE

Les autres régimes de base ont globalement contribué positivement au solde à hauteur de 600 millions d'euros, lequel correspond à un différentiel positif entre les régimes en excédent (CNRACL, CNAVPL et CNBF) et le déficit du régime des exploitants agricoles notamment.

2. Le tableau d'équilibre du régime général illustre l'effort important réalisé sur ce périmètre central en 2016

Le **2°** porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général ; comme pour l'ensemble des régimes, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1er soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales de la loi de financement pour 2016 ou rectifiées par la loi de financement pour 2017.

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

Ce statut conduit le régime général à entretenir de nombreuses relations financières avec les autres régimes obligatoires de base :

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

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

Le régime général contribue ainsi à la réduction des déficits de nombreux autres régimes, essentiellement par la prise en charge de l'intégralité des déficits des régimes financièrement intégrés (4).

---

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

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

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

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

DOCUMENT PROVISOIRE

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2016 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2016)			Prévisions révisées (LFSS 2017)			Réalisé (PLFSS 2018)		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	171,7	177,9	– 6,2	195,8	199,8	– 4,1	194,6	199,4	– 4,8
Vieillesse	123,6	123,1	0,5	124,0	122,9	1,1	228,8	122,8	0,9
Famille	48,8	49,6	-0,8	48,7	49,7	– 1,0	48,6	49,6	– 1,0
AT-MP	12,5	12,0	0,5	12 ,7	12,0	0,7	14,1	11,8	0,8
Total*	**344,0**	**350,0**	**– 6,0**	368,2	371,6	– 3,4	366,6	370,7	– 4,1
FSV (1)	*16,4*	*20,1*	*– 3,7*	*16,5*	*20,3*	*– 3,8*	*16,7*	*20,3*	*– 3,6*
Total incluant le FSV*	(2)			**366,3**	**373,5**	**– 7,1**	**365,0**	**372,7**	**– 7,8**

(*) Hors transferts entre branches.

Source : LFSS 2016, LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Compte tenu de son poids et du caractère croissant des mécanismes d'intégration financière précités, son solde est souvent très proche de celui de l'ensemble des régimes obligatoires, sous réserve de quelques écarts liés notamment à la branche vieillesse. Le résultat définitif pour 2016 fait apparaître un déficit de 7,8 milliards d'euros, contre 10,8 milliards en 2015.

Cette réduction très significative du déficit de trois milliards d'euros est liée à une collecte de recettes conforme aux prévisions ainsi qu'à d'importants efforts en termes de dépenses :

– le solde de la branche famille (+ 500 millions d'euros) bénéficie des effets du recentrage des allocations sur les foyers les plus modestes sur la branche maladie ;

– l'excédent de la branche vieillesse s'améliore (+ 1,2 milliards d'euros) grâce à un ralentissement de la hausse des pensions liée au recul de l'âge légal de départ à la retraite ;

– la réduction du déficit de la branche maladie (+ 1 milliard d'euros) résulte très largement d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) historiquement faible.

(1) Depuis la LFSS 2017, les tableaux d'équilibre intègrent le fonds de solidarité vieillesse, améliorant la lecture des soldes, dès lors que le fonds de solidarité vieillesse prend en charge

(2) Chiffres absents de la LFSS initiale.

DOCUMENT PROVISOIRE

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

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

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

– aux périodes pendant lesquelles les assurés n'ont pas pu cotiser en matière d'assurance vieillesse, par exemple en cas de chômage (11,7 milliards d'euros en 2016) ou d'arrêts de travail (1,7 milliards d'euros en 2016) ;

– à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (3,1 milliards d'euros en 2016).

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2016 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2016)			**Prévisions révisées (LFSS 2017)**			**Réalisé (PLFSS 2018)**		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
FSV	*16,4*	*20,1*	*– 3,7*	*16,5*	*20,3*	*– 3,8*	*16,7*	*20,3*	*– 3,6*

Source : LFSS 2016, LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Le recul du déficit du FSV par rapport à 2015 résulte très largement d'une diminution des charges liées au minimum contributif (MICO) (1), à la suite du choix fait en LFSS pour 2015 (2) de modifier les modalités de financement de celui-ci par le Fonds.

4. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est marqué par une progression historiquement basse en 2016

L'ONDAM est le montant prévisionnel des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement pour l'année à venir.

Celui-ci a été atteint en 2016 puisque les dépenses constatées relevant de son champ ont atteint 185,1 millions d'euros, en légère sous-exécution par rapport à ce que prévoyait l'article 87 de la LFSS pour 2016 (185,2 millions d'euros) et correspondant quasi-parfaitement (3) à la prévision rectifiée en LFSS 2017.

---

(1) Le MICO est le plancher en deçà duquel la pension d'un assuré ayant cotisé la durée légale et dépassé l'âge de la retraite à taux plein ne peut pas descendre. Un débat existe depuis sa création sur la nature contributive ou non de ce mécanisme différentiel. La LFSS pour 2017 a transféré son financement à terme aux branches vieillesse assurantielles.

(2) Article 87 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

(3) À 40 millions d'euros près, soit 0,02 % de l'ONDAM.

DOCUMENT PROVISOIRE

La progression historiquement faible de la progression de l'ONDAM (+ 1,75 %) [1] en 2016 a constitué un très important effort de ralentissement des dépenses de soins de ville (+ 1,7 %), notamment la dépense de médicaments, et des soins hospitaliers (+ 1,8 %) [2].

Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [3], la Cour des comptes tempère ce succès car il repose également sur deux mesures de périmètre :

– ainsi, la LFSS pour 2016 avait réduit le taux de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), limitant d'autant leur prise en charge par l'assurance-maladie pour un montant de 270 millions d'euros ;

– d'autre part, des dotations aux établissements médico-sociaux relevant du financement de l'ONDAM médico-social ont été prélevées sur des réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) [4] à hauteur de 200 millions d'euros.

Pour autant, il n'est pas contesté que la progression de l'ONDAM en 2016, même corrigée de ces deux « biais », soit + 1,93 %, est la plus faible jamais constatée.

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

Le **5°** porte approbation du montant de la dotation au FRR, qui est nul depuis 2011. Cette donnée rentre dans le domaine obligatoire déterminé par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale précité au titre des organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

En effet, en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le Fonds a été mis en extinction : aucune recette ne lui est plus affectée, tandis qu'il décaisse chaque année 2,1 milliards d'euros au profit de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), afin de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018, en application de la LFSS 2011 [5].

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) La progression de l'ONDAM avait toujours été supérieur à 2 % jusqu'alors.

(2) Les dépenses afférentes aux établissements et services sociaux ont augmenté de 2 %, le Fonds d'intervention régional de 1 %, et les autres prises en charge de 4,6 %.

(3) Rapport précité pp 92–96.

(4) La CNSA finance l'objectif global de dépense(OGD) du secteur médico-social avec des ressources propres. On distingue généralement le financement des établissements qui relèvent de l'ONDAM et le financement de prestations et d'actions en faveur des personnes âgées et handicapées qui relève de la CNSA.

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

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

Au 31 décembre 2016, la valeur des actifs du FRR était de 36 milliards d'euros, contre 37,2 milliards d'euros en 2015, son résultat financier étant excédentaire de 810 millions d'euros en 2016 [2].

6. Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le **6°** approuve le montant des recettes mises en réserve par le Fonds en 2016, à savoir un montant nul.

La vocation du Fonds de solidarité vieillesse n'est en effet pas de mettre en réserve ses recettes, mais de les utiliser pour assurer le financement de ses missions rappelées ci-dessus. Toutefois, l'article L. 135-3-1 du code de la sécurité sociale, aujourd'hui abrogé, avait prévu la mise en réserve entre 2011 et 2016 d'un certain nombre de recettes en vue de financer le dispositif « parents de trois enfants ou d'enfant handicapé » [3]. Ces réserves, représentant au total 875 millions d'euros, ont été transférées à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans le cadre de la création du fonds d'innovation pharmaceutique par la LFSS 2017.

7. La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

La CADES a été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 portant mesures relatives au remboursement de la dette sociale pour amortir et éteindre la dette du régime général de la Sécurité sociale. Elle est historiquement affectataire depuis sa création d'une ressource exclusive, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ainsi que d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) depuis la LFSS pour 2008 et du versement annuel du FRR précité [4]. Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés [5]. L'amortissement est égal à la différence

---

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

(2) Le FRR continue jusqu'à son extinction à gérer de manière active son portefeuille de sorte que ses actifs diminuent moins vite que les transferts annuels à la CADES.

(3) Créé à l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

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

(5) La CADES bénéficie depuis sa création du soutien de l'Agence France Trésor, lequel s'est vu renforcer par un décret n° 2017-869 du 9 mai 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

entre le produit des ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le **7°** porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2016, à savoir 14,4 milliards d'euros.

Ce chiffre, supérieur à l'objectif fixé en LFSS pour 2016, s'explique à la fois par une excellente dynamique des recettes de l'année 2016 (16,8 milliards d'euros) et par un contexte de taux d'emprunt extrêmement bas, qui a d'ailleurs justifié une opération de reprise anticipée par la caisse de 23,6 milliards de dette [(1)].

II. CES COMPTES SONT VALIDES PAR LA COUR DES COMPTES SOUS CERTAINES RESERVES

En application des 2° et 3° du VIII du même article et de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes est chargée de produire, dans le cadre de sa mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement prévue par l'article 47-1 de la Constitution :

– un **avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos** ;

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

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) 4,2 milliards d'euros issus des déficits de la branche vieillesse et du FSV en 2015, 18,9 milliards d'euros issus des déficits 2013 et 2014 de la CNAMTS et de la CNAF et 1,2 milliard d'euros issu du déficit de la CNAMTS en 2015.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2016

« À l'issue de ces vérifications, et au regard des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre qui seront soumis à l'approbation du Parlement à l'article premier du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 fournissent ***une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle****, mais fait les quatre observations suivantes :*

1. les tableaux d'équilibre intègrent un produit de contribution sociale généralisée de 740 M€ enregistré à tort dans les comptes de la branche maladie, de la CNAMTS et de l'activité de recouvrement de l'exercice 2016 (…);

2. le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale intègre un produit à recevoir de 99,3 M€ de la CPRP SNCF sur l'État au titre de la dotation d'équilibre de ce dernier pour l'exercice 2016, qui n'a pas de contrepartie en charge à payer dans les comptes de l'État, ce qui crée une incertitude de même montant sur les recettes et le solde inscrits dans le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base (…) ;

3. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux (…) ;

4. les positions exprimées par la Cour et les opinions émises par les commissaires aux comptes continuent à souligner la qualité perfectible des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre, en raison notamment de la persistance d'insuffisances des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables (…). »

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, *septembre 2017* [(1)], *pages 137 à 158 :* https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

● La première observation de la Cour fait référence à la comptabilisation en 2016 d'un produit exceptionnel de CSG correspondant à des encaissements effectués en décembre 2015 et qui n'ont été notifiés aux régimes de base affectataires qu'en janvier 2016, dans le cadre de la nécessaire réaffectation des produits issus de la CSG activité après la mise en place de la protection universelle maladie. Les 740 millions d'euros concernés figurent ainsi en charges de l'ACOSS pour 2015 et comme produits de la branche maladie en 2016. Par souci de cohérence, la Cour estime que la branche recouvrement aurait dû appliquer rétroactivement aux montants encaissés en décembre 2015 les nouvelles règles comptables applicables depuis janvier 2016.

Si la mesure a pour effet d'améliorer les comptes 2016, il convient cependant d'indiquer qu'une prise en compte en 2015 du produit, aurait conduit à un effet de base favorable pour 2016 au titre de l'année 2015. À l'inverse, le mécanisme retenu et critiqué par la Cour a effectivement dégradé les comptes 2015 au profit des comptes 2016, sans toutefois, ni par les montants concernés ni

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

DOCUMENT PROVISOIRE

par la nature de l'erreur essentiellement juridique, fausser la trajectoire financière de la branche maladie dès lors qu'il s'agit bien d'un produit réel.

On peut également noter que cette anomalie n'a pas été relevée par les commissaires aux comptes chargés de certifier les comptes de la branche maladie.

● La deuxième observation tient à une incohérence identifiée par la Cour entre les inscriptions comptables réalisées dans le budget de l'État et dans les comptes du régime de retraite des personnels de la SNCF. En effet, l'annulation des arrêtés fixant les taux de cotisations de 2013 à 2015 (1) conduit à un risque pour la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF qui risque de perdre une partie de ses recettes à hauteur de 99,3 millionq d'euros. Compte tenu de l'obligation pour l'État d'assurer l'équilibre financier de ce régime, la caisse a inscrit en produits une dotation d'équilibre dans ses comptes 2016. Toutefois, l'État n'a dans ses propres comptes inscrit qu'une provision pour risques, laquelle est moins certaine que l'inscription d'une dette à l'égard du régime.

En tout état de cause, les modalités de présentation de cette opération n'auront pas d'incidence sur l'équilibre de la caisse.

● Les deux dernières observations sont des remarques récurrentes de la Cour s'agissant de certaines modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre.

– un **rapport de certification** de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos(2) .

Dans son dernier rapport remis en juin 2017, la Cour des comptes a certifié les comptes des cinq comptes combinés des branches et de l'activité de recouvrement pour la quatrième année consécutive. Elle a assorti cette formulation de 31 réserves (6 pour la branche maladie, 6 pour la branche AT-MP, 3 pour la branche famille, 3 pour la branche vieillesse et 4 pour l'activité de recouvrement), 5 réserves ayant été levées par rapport à 2015. Deux nouvelles réserves concernent en revanche la difficulté liée à la comptabilisation d'un produit exceptionnel de CSG déjà évoquée.

*

* *

---

(1) Cette annulation a conduit à une diminution des taux concernés.

*(2) Pour plus d'informations sur la question de la certification, qui dépasse le cadre du présent commentaire, on se reportera utilement au rapport de la Cour des comptes (*Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2016, *juin 2017* https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-06/20170607-rapport-certification-securite-sociale.pdf *), ainsi qu'à l'annexe 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018, « Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale », pages 41 et 42:). On rappellera que les comptes des régimes autres que le régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont quant à eux certifiés par des commissaires aux comptes.*

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2016 (annexe A)

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

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

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement sur l'état de la situation patrimoniale d'une partie des régimes faisant partie du champ des lois de financement de la sécurité sociale [(4)].

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

● Ce tableau reflète à plusieurs égards l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale de plusieurs manières au passif :

– les capitaux propres sont en augmentation de 3,4 milliards par rapport à 2015 ; elle résulte d'une amélioration du solde du régime général (+ 2,7 milliards d'euros), du FSV (+ 0,3 milliard) et des autres régimes

(1) Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

(3) Fonds de réserve pour les retraites.

(4) Certains régimes ne sont en effet pas retracés en raison de leur faible importance financière (régimes représentant moins de 200 millions d'euros et ne recourant pas à l'emprunt)

DOCUMENT PROVISOIRE

(+ 0,3 milliard), ainsi que des résultats excédentaires de la CADES (+ 0,9 milliard) minorés par la moindre performance du FRR par rapport à 2015 (– 0,8 milliard) ;

– le report du résultat des années précédentes sera positif au 31 décembre de l'année 2016 (+ 3,2 milliards d'euros) correspondant au différentiel entre la diminution des reports de déficits des années précédentes (+ 13,3 milliards d'euros) et la progression du report de dettes des années passées à la CADES (+ 10,1 milliards d'euros).

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

Dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* de septembre 2017, la Cour des comptes juge que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A du présent projet « *fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2016* » (1).

En revanche, elle maintient deux observations tenant à la fiabilité insuffisante de la présentation des actifs et passifs des régimes de base du régime social des indépendants ainsi qu'à l'insuffisance des dispositifs de contrôle interne et la persistance de difficultés comptables.

Ces observations récurrentes de la Cour sont des marges de progression identifiées de la présentation des comptes sociaux.

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

S'il est difficile de résumer par de grandes lignes directrices des opérations propres à la situation financière de chaque régime, certaines mesures méritent d'être décrites, en s'appuyant également sur l'annexe 4, dans le cadre du présent commentaire :

● Le régime général et le FSV étaient en déficit de 7,8 milliards d'euros en 2016, qui sont venus s'ajouter à la dette gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Par ailleurs, un montant de 23,6 milliards correspondant aux déficits de la branche famille et de la branche famille en 2013 et 2014 et des branches vieillesse et maladie en 2015 a été repris par la CADES, saturant ainsi son plafond de reprise pour la période 2011-2018 ;

● La plupart des autres régimes de base sont à l'équilibre ou en excédent soit grâce à l'intégration financière (maladie pour tous les régimes, salariés agricoles et RSI), soit grâce à des subventions de l'État (SNCF, RATP, mines, marins) ou enfin par des subventions de l'État en tant qu'employeur (FPE, industries électriques et gazières). Les excédents alimentent le fonds de roulement.

---

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

DOCUMENT PROVISOIRE

● Les excédents (0,3 milliard) du régime de retraite des agents des collectivités territoriales ont été affectés aux réserves de ce régime (CNRACL).

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

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

*

* *

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3
Rectification des dotations 2017 des branches maladie et AT-MP et prélèvement sur recettes du Fonds CMU

Cet article rectifie les dotations prévues par la dernière loi de financement, au profit de fonds dépendant des branches maladie et AT-MP. Il opère également un prelèvement sur les recettes issues de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au profit de la branche maladie.

● Le **I** rectifie certaines dotations prévues aux articles 57 et 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 [(1)].

Le **a) du 1°** réduit de 150 millions d'euros la dotation de la branche AT-MP du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) en 2017.

Le fonds qui a pour mission d'indemniser les victimes de l'amiante et leurs ayants droit, compte tenu de la double origine professionnelle et environnementale de cette exposition, est traditionnellement financé à la fois par l'État (pour 7,4 millions d'euros en 2017) et par la branche accidents du travail-maladies professionnelles. S'agissant de la contribution de cette dernière, elle avait été votée à 400 millions d'euros.

Or, le FIVA connaît une diminution continue de ses dépenses depuis 2016 en raison d'une diminution des demandes des victimes directes comme des ayants droits. La très nette supériorité des produits (549,4 millions d'euros) sur les charges (466,9 millions) en 2016 a permis de constituer un important fonds de

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

DOCUMENT PROVISOIRE

roulement pour 2017 (152 millions d'euros) qui représentait trois mois d'activité. Un scénario similaire en 2017 aurait conduit à nouveau à une augmentation de ce fonds de roulement de 12 millions d'euros.

La nouvelle diminution des dépenses prévisible pour l'année 2017 ainsi que l'importance de ce fonds de roulement permettent de revenir sur le montant de la dotation de la branche AT-MP. Limitée à 250 millions d'euros, cette-dernière entraîne, après reprises sur provisions, un résultat net du fonds de – 43,8 millions d'euros, couvert par une variation du fonds de roulement.

Le **b) du 1°** augmente de 7,6 millions d'euros la contribution de la branche AT-MP du régime général vers la branche retraite de ce même régime pour tenir compte de l'entrée en vigueur de l'ordonnance relative au compte professionnel de prévention le 1er octobre 2017 (1).

Le nouveau dispositif doit notamment permettre aux salariés exposés à quatre facteurs de risques professionnels (2) exclus du compte personnel de prévention de bénéficier d'une retraite anticipée à condition de justifier de l'existence d'une maladie professionnelle avec une incapacité permanente de plus de 10 %. Dès lors, de nouveaux assurés vont bénéficier de ce dispositif entre octobre et décembre 2017. La branche AT-MP finance ces nouveaux départs au même titre que les autres mécanismes de retraite anticipée liée aux risques qu'elle couvre.

Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a pour objet unique (3) de financer les dépenses d'investissement des établissements de santé, touchant aux opérations immobilières et au développement et à la modernisation des systèmes d'information. Il est normalement financé par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour le compte desquels il assure sa mission (4).

Le **a) du 2°** augmente la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour le FMESPP de 15 millions d'euros.

Le **b) du 2°** diminue le prélèvement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du FMESPP de 40 millions.

Au total, le résultat net de ces deux opérations constitue une perte de 25 millions d'euros de produits pour le fonds en 2017. Cette situation intervient après une année 2016 qui avait généré un excédent important de 79 millions d'euros, grâce à des produits exceptionnels issus notamment des réserves du FEH

---

(1) Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention

(2) Manutention manuelle des charges, postures pénibles, vibrations mécaniques et risques chimiques.

(3) Il avait également pour mission de financer les dispositifs d'accompagnement des personnels d'établissements de santé dans le cadre de restructuration avant 2012. Cette mission a été transférée au fonds d'intervention régional (FIR).

(4) Sa gestion est confiée à la caisse des Dépôts et Consignations.

DOCUMENT PROVISOIRE

et de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

En 2017, le fonds bénéficie ainsi de 44,4 millions d'euros de crédits issus de la branche maladie et de 220 millions d'euros issus de contributions exceptionnelles du FEH et de l'ANFH.

Le **II** diminue de 150 millions d'euros les recettes de taxe de solidarité additionnelle (TSA) affectée au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « Fonds CMU ») au profit de la branche maladie du régime général.

Ce fonds assure le financement de la CMU complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Son financement est assuré par la TSA et par les droits de consommation sur les tabacs (354 millions en 2017).

Après un nombre important de résultats excédentaires – liés notamment au dynamisme de la TSA – qui ont atteint en cumulé 284 millions d'euros fins 2016, il a été choisi pour la première fois d'affecter une fraction de la TSA à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'article 18 propose de reconduire cette mesure en 2018.

*
* *

Article 4
Rationalisation de la C3S et suppression de la C4S

L'article 4 supprime la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C4S), créée par la loi de finances rectificative pour 2016. Cette contribution, qui devait s'appliquer aux sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à un milliard d'euros, venait s'imputer sur le versement ultérieur de C3S et n'aurait donc apporté un gain budgétaire que la première année de versement. Sa suppression, qui entraîne une moindre recette de 480 millions d'euros pour la branche maladie en 2017, répond à un objectif de simplification et de lisibilité du système fiscal.

L'article rationalise par ailleurs la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) en y intégrant sa contribution additionnelle – répondant aux mêmes modalités d'assiette, de recouvrement et d'affectation mais juridiquement distincte – et en rétablissant l'obligation de son télérèglement.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LE DROIT EN VIGUEUR

1. La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et sa contribution additionnelle

a. La C3S

La contribution sociale de solidarité des sociétés, dite « C3S », a été créée par la loi du 3 janvier 1970 (1) afin d'apporter un financement supplémentaire aux régimes des indépendants non agricoles. Elle est désormais affectée au financement de la branche vieillesse du régime général.

La section I du chapitre premier du titre V du livre VI du code de la sécurité sociale en définit les paramètres, rappelés brièvement dans le tableau ci-dessous (2).

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non-salariés.

(2) L'article 4 du projet de loi ne modifiant pas le champ, l'assiette ou les modalités de recouvrement de la C3S, le commentaire d'article se limitera à ses principales caractéristiques.

CHAMP D'APPLICATION ET PARAMÈTRES DE LA C3S

Entreprises redevables	– sociétés anonymes ; – sociétés à responsabilité limitée ; – sociétés en commandite ; – personnes morales de droit public, dans la limite de leur activité concurrentielle ; – groupements d'intérêt public (GIP) assujettis à la TVA selon les règles de droit commun ; – personnes morales ayant leur siège hors de France, au titre des affaires réalisées en France et les rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ; – sociétés en nom collectif ; – groupements d'intérêt économique (GIE) ; – groupements européens d'intérêt économique (GEIE) à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine et des DOM ; – sociétés d'assurance, de réassurance et de capitalisation, mutuelles et institutions de prévoyance ; – sociétés coopératives, à l'exception notamment des sociétés coopératives agricoles ; – sociétés européennes et sociétés coopératives européennes.
Entreprises non redevables	– sociétés d'habitation à loyer modéré et de crédit immobilier ; – sociétés immobilières de copropriété ; – sociétés d'économie mixte de construction ou d'aménagement ; – sociétés de rédacteurs de presse ; – sociétés d'aménagement foncier et d'établissement rural (Safer).
Assiette	Contribution assise sur le chiffre d'affaires de l'année civile précédente, après application d'un abattement égal à 19 millions d'euros
Taux	0,13 % du chiffre d'affaires
Recouvrement	Versement unique le 15 mai au plus tard, recouvré par la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI)

Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

b. La contribution additionnelle à la C3S

Le produit de la C3S est complété par une contribution additionnelle à la C3S, assise, exigible, recouvrée, contrôlée et affectée dans les mêmes conditions.

Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [(1)] afin d'apporter un financement supplémentaire à la branche maladie du régime général, cette contribution additionnelle s'applique à un taux de 0,03 % et est désormais également affectée à la branche vieillesse du régime général.

Au total, le taux supporté par l'entreprise redevable est donc de 0,16 % du chiffre d'affaires. Le montant cumulé de C3S et de sa contribution additionnelle est toutefois plafonné pour certaines catégories d'entreprises à 3,08 % de leur marge brute, à condition que cette dernière ne dépasse pas 4 % du chiffre d'affaires hors taxe [(2)]. Il est également plafonné à 1,6 % du produit net bancaire

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) Sont éligibles à ce plafonnement les entreprises de commerce international et intracommunautaire qui réalisent plus de la moitié de leurs achats ou de leurs ventes hors taxes hors de France, les entreprises de négoce en gros de combustibles et de commerce de détail des carburants et les entreprises ayant pour

DOCUMENT PROVISOIRE

pour les établissements de crédits, les sociétés de financement et les entreprises d'investissement agréées dont le produit net bancaire est inférieur ou égal à 10 % du chiffre d'affaires.

c. Deux contributions allégées depuis 2015

Le nombre de redevables de la C3S et de sa contribution additionnelle a été divisé par près de dix en deux ans, passant de 296 000 en 2015 à 20 000 en 2017. En conséquence, son produit a également considérablement diminué, passant de 6,46 milliards d'euros en 2014 à 3,67 milliards en 2017.

L'allègement voulu de la C3S résulte de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité ayant dans un premier temps engagé sa suppression par étapes. Dans ce cadre, l'abattement sur le chiffre d'affaires a été successivement augmenté, passant de 760 000 euros à 3,25 millions d'euros en 2015 puis à 19 millions d'euros en 2016.

Les microentreprises et les très petites entreprises (TPE), qui étaient initialement majoritaires dans le nombre de redevables – en cohérence avec leur poids majoritaire dans la démographie française d'entreprises – n'en sont donc plus redevables aujourd'hui. En 2016, les 20 000 entreprises assujetties à la C3S étaient donc des petites et moyennes entreprises (PME), dont le chiffre d'affaires est compris entre 19 et 50 millions d'euros, des entreprises de taille intermédiaire (ETI) et des grandes entreprises.

La réorientation du pacte de responsabilité et de solidarité à la fin de la XIVe législature a finalement conduit au maintien de la C3S dans sa dernière mouture – celle d'un abattement à 19 millions d'euros – au profit d'une augmentation d'un point du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

2. La contribution supplémentaire à la C3S (C4S)

L'article 112 de la loi de finances rectificative pour 2016 (1) a créé une contribution supplémentaire à la C3S, dite « C4S ».

Applicable à compter du 1er janvier 2017, la C4S est due par les sociétés, entreprises et établissements redevables de la C3S dont le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente est supérieur à un milliard d'euros. Elle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la C3S. Son taux est fixé à 0,04 % du chiffre d'affaires.

Répondant à un dispositif sophistiqué, le fonctionnement de la C4S est le suivant :

---

activité le négoce en gros et en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, réalisant plus de la moitié de leurs achats ou ventes hors taxes avec les producteurs et coopératives agricoles.

(1) Loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016.

DOCUMENT PROVISOIRE

– un acompte de 90 % est exigible au 15 décembre de l'année de réalisation du chiffre d'affaires ;

- en cas d'insuffisance de versement d'acompte supérieure simultanément à 10 % du montant de l'acompte normalement dû et à 100 000 euros, une majoration de 5 % s'applique au montant de l'insuffisance ;

- lorsque le montant de l'acompte est supérieur au montant de la contribution due, l'excédent est restitué dans les trente jours suivant la déclaration de solde ;

– la C4S s'impute ensuite sur le montant dû de C3S l'année suivante portant sur le même chiffre d'affaires ;

– plutôt qu'une contribution supplémentaire, il s'agit donc d'un acompte indirect de C3S, ne correspondant à aucune charge finale supplémentaire.

L'objectif ayant amené la création de cette contribution était donc financier : il s'agissait de permettre aux organismes de sécurité sociale de percevoir une partie du produit de la C3S dès l'année de réalisation du chiffre d'affaires. Si la C4S était initialement conçue comme pérenne, son impact budgétaire aurait toutefois été limité à l'année 2017. En effet, à partir de 2018, le gain perçu au titre de l'acompte de C4S de décembre 2018 aurait été compensé par l'imputation sur la C3S de l'acompte de C4S versé en décembre 2017.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. La rationalisation de la C3S et le rétablissement de son télérèglement

● L'article 4 rationalise la C3S en fusionnant la contribution initiale et sa contribution additionnelle.

Cette opération répond à un objectif de lisibilité du système fiscal, la distinction juridique entre les deux contributions n'apparaissant pas justifiée par leurs modalités d'assiette, de recouvrement et d'affectation d'ores et déjà identiques.

Les références à la contribution additionnelle sont donc supprimées dans le code de la sécurité sociale (**1°**, **2°**, **3°** et **5°** du **I**) et dans le code général des impôts (**II**).

En conséquence, le taux résultant de l'addition des deux contributions à 0,13 % et 0,03 % est désormais explicitement fixé à 0,16 % à l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale (**4°** du **I**). Contrairement au droit en vigueur, ce taux ne correspond plus à un plafond du taux de C3S ensuite fixé par décret mais à son taux effectif, désormais inscrit directement dans la loi.

DOCUMENT PROVISOIRE

● L’article 4 rétablit également l’obligation de télérèglement de la C3S.

Cette obligation, supprimée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 [(1)], est rétablie dès lors que la perspective d’une extinction programmée de la C3S n’est plus d’actualité. L’obligation de télérèglement figure donc de nouveau aux côtés de celle de télédéclaration, à l’article L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale (**6°** du **I**).

2. La suppression de la C4S

L’article 4 supprime par ailleurs la C4S instituée l’année passée. Le Gouvernement avance deux arguments pour justifier cette suppression :

– la complexité excessive de la fiscalité des entreprises, d’une part ;

– un gain seulement temporaire pour les recettes de la sécurité sociale, qui génère néanmoins une démarche administrative supplémentaire, d’autre part.

Pour ce faire, l’article 4 supprime les références à cette contribution supplémentaire figurant dans le code de la sécurité sociale (**1°** et **2°**du **I**) et dans le code général des impôts (**II**). En cohérence, il abroge également la disposition de la loi de finances rectificative pour 2016 précitée prévoyant l’affectation du produit de la C4S à la CNAMTS en 2017 (**III**), par dérogation à l’affectation de l’ensemble des recettes issues de la C3S, de sa contribution additionnelle et de la C4S à la branche vieillesse. Il en résulte une moindre recette de 480 millions d’euros pour la branche maladie en 2017.

La suppression de la C4S appelle néanmoins une prise de position de l’administration fiscale sur l’exigibilité ou non de l’acompte de 90 % au 15 décembre 2017. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) n’étant traditionnellement promulguée qu’à la fin du mois de décembre, l’échéance précitée est antérieure à l’entrée en vigueur de la loi. Selon les informations transmises par le Gouvernement au Rapporteur général, les redevables seront informés en amont de la suppression programmée de la C4S et, *in fine*, d’absence d’exigibilité de son acompte au 15 décembre 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

*

* *

Article 5

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2017

Cet article porte la rectification des prévisions de recettes et de soldes ainsi que des objectifs de dépenses relatifs à l'année en cours, afin de tenir compte des données les plus récentes.

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

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

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le FSV pour l'année 2017, en utilisant notamment les données fournies par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 28 septembre dernier.

Au titre des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre, le présent article rectifie ainsi trois articles de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 [(1)] : l'article 36, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ; l'article 37, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ; et l'article 38, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre du FSV.

S'agissant des objectifs de dépenses, sont modifiés, outre les articles 36 et 37 pour les tableaux d'équilibre, les articles 101 (branche maladie, maternité, invalidité et décès), 56 (branche vieillesse), 59 (branche accidents du travail et maladies professionnelles – AT-MP) et 43 (branche famille).

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

DOCUMENT PROVISOIRE

Concernant l'objectif d'amortissement de la CADES et les prévisions de recettes mises en réserve par le FRR et le FSV, cet article porte modification de l'article 38.

1. La situation financière des régimes obligatoires de base devrait à nouveau s'améliorer significativement en 2017

Le **1°** de cet article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre. Ces données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS 2017.

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			**Prévisions révisées (LFSS 2018)**		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	204,5	207,1	– 2,6	203,2	207,3	– 4,1
Vieillesse	232,2	230,6	1,6	232,6	231,1	1,5
Famille	49,9	49,9	0,0	49,9	49,6	0,3
AT-MP	14,2	13,5	0,7	14,3	13,2	1,1
Total *	487,1	487,4	– 0,3	486,3	487,6	– 1,3
Total incluant le FSV*	483,7	487,8	– 4,1	483,1	488	– 4,9

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Sans préjudice de l'analyse des mécanismes propres au régime général, l'analyse de ce tableau d'équilibre appelle trois remarques :

● L'écart important (800 millions d'euros) entre les prévisions initiales et les prévisions révisées résulte très largement de recettes plus faibles que prévues ;

● Le déficit de -4,9 milliards d'euros contraste également avec les prévisions remises par la Commission des comptes de la sécurité sociale le 28 septembre dernier [(1)] qui prévoyait un déficit – 4,4 milliards d'euros, en raison de plusieurs mesures nouvelles rétroactives commentées ci-dessous ;

● Un tel déficit constituerait néanmoins une amélioration du solde de 3 milliards d'euros, soit autant qu'entre 2015 et 2016.

(1) http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017_tome1.pdf

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Une dégradation des comptes du régime général « en trompe l'œil »

Le **2°** porte rectification, pour le régime général, des prévisions de recettes fixées par la loi de financement pour 2017, des objectifs de dépenses afférents et du tableau d'équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que propose d'y apporter ce article.

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2017 DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			**Prévisions révisées (LFSS 2018)**		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
Maladie	203,2	205,9	– 2,6	201,9	206,0	– 4,1
Vieillesse	126,5	125,0	1,6	126,2	124,9	1,3
Famille	49,9	49,9	0,0	49,9	49,6	0,3
AT-MP	12,8	12,1	0,7	12,8	11,8	1,0
Total *	379,5	379,9	– 0,4	377,8	379,4	– 1,6
Total (avec FSV)	377,6	381,8	– 4,2	376,1	381,3	– 5,2

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse atteindra vraisemblablement -5,2 milliards en 2017. En progrès de 2,8 milliards par rapport à l'année précédente, ce chiffre se révèle plus proche de la prévision réalisée par la Commission des comptes de la sécurité sociale en juillet (– 5,5 milliards d'euros), à partir d'un scénario de dégradation des recettes par rapport aux prévisions initiales de la LFSS, que de celles de cette même Commission des comptes du 28 septembre dernier qui tenaient compte d'un regain de la masse salariale en fin d'année (– 4,4 milliards d'euros).

Cette dégradation apparente résulte d'une volonté de clarification des comptes 2017 par le Gouvernement. Ainsi, quatre mesures nouvelles, d'ordre technique pour l'essentiel, affectent les comptes 2017 dans la partie rectificative du PLFSS pour 2018, créant ainsi un écart, au total défavorable de 800 millions d'euros, avec les prévisions les plus récentes:

● La première tient à la suppression de la contribution sociale supplémentaire de solidarité des sociétés à l'article 4 du projet de loi de financement [(1)], laquelle engendre une perte de 0,48 milliard € pour la CNAMTS ;

(1) On pourra se référer utilement au commentaire de cet article qui expose les justifications de cette suppression.

DOCUMENT PROVISOIRE

● La deuxième est la suppression de la compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires. Appliquant une comptabilité en droits constatés, le régime général doit tirer les conséquences de la suppression à l'exercice portant le fait générateur du crédit, soit 2017, même si ce crédit ne sera formellement liquidé qu'en janvier 2018 au moment de la régularisation du montant de taxe sur les salaires dû au titre de 2017. La perte globale pour le régime général est estimée à 0,6 milliard d'euros se répartissant entre branche au prorata des clés d'affectation de la TS.

● La troisième est la diminution de la dotation de la branche AT-MP au FIVA de 150 M€ consacrée à l'article 3 [(1)] du présent projet de loi.

● Enfin, la réaffectation de 150 millions d'euros de taxe de solidarité additionnelle du fonds CMU vers la CNAMTS, mise en œuvre à l'article 3 [(2)] du présent projet de loi réoriente des recettes vers le régime général.

	Maladie	**AT-MP**	**Vieillesse**	**Famille**	**RG**	**FSV**	**RG+FSV**
Soldes CCSS – 28 septembre 2017	**– 3,6**	**0,8**	**1,5**	**0,5**	**– 0,8**	**– 3,6**	**– 4,4**
Suppression C4S	– 0,48				-0,48		– 0,48
Non compensation CITS	– 0,14		– 0,23	– 0,23	-0,6		– 0,6
Dotation FIVA		0,15			0,15		0,15
Réaffectation TSA	0,15				0,15		0,15
Soldes PLFSS	**– 4,1**	**1,0**	**1,3**	**0,3**	**– 1,6**	**– 3,6**	**– 5,2**

Source : direction de la sécurité sociale.

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

a. Le fonds de solidarité vieillesse

Le **3°** porte rectification, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (c'est-à-dire le seul FSV), du tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 38 de la loi de financement pour 2017, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections qu'il est proposé d'y apporter.

(1) Idem.

(2) Idem

DOCUMENT PROVISOIRE

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2017)			Prévisions révisées (LFSS 2018)		
	Recettes	**Dépenses**	**Solde**	**Recettes**	**Dépenses**	**Solde**
FSV	15,7	19,6	– 3,8	16,0	19,7	– 3,6

Sources : LFSS 2017 et PLFSS 2018.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont les recettes, assises sur les revenus du capital, sont particulièrement sensibles à la conjoncture économique a bénéficié d'un rendement meilleur que prévu notamment de la CSG et des autres contributions, en dépit de mesures nouvelles défavorables [(1)].

b. La caisse d'amortissement de la dette sociale

Le **4°** prévoit un objectif d'amortissement de 14,8 milliards d'euros, légèrement inférieur à ce qui était prévu en PLFSS pour 2017 (14,9 milliards d'euros).

L'amortissement cumulé s'élèverait, fin 2017, à 139,5 milliards d'euros, franchissant ainsi le seuil symbolique de 50 % de dette amortie par rapport à la dette reprise. L'ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 s'élèveraient à la même date à 260,5 milliards d'euros, 121 milliards d'euros resteraient donc à amortir, soit 6 points de PIB.

En 2017, la CADES n'a pas repris de dette, le plafond prévu en PLFSS pour 2011 pour la période 2011-2018 a été saturé dès 2016. Au 31 août 2017, la CADES se refinançait au taux historiquement bas de 1,64 % sur 10 ans.

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

c. Le fonds de réserve pour les retraites

Depuis que la loi du 9 novembre 2010 [(2)] a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le **5°**.

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

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Le FSV a ainsi perdu à la suite de la LFSS pour 2017 un certain nombre de produits comme une fraction de prélèvement social , de la contribution sur les avantages de retraite et préretraite ou de la fraction de taxe sur les salaires qui lui était affectée.

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

Au 1er juillet 2017, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d'euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s'élevait à 35,4 milliards d'euros.

*

* *

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2017

Cet article rectifie les prévisions de l'ONDAM pour l'année en cours. La construction de l'ONDAM 2018 repose sur ces prévisions rectifiées.

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

B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale (1)

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

(…)

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

● Cet article, en s'appuyant sur les prévisions de dépenses présentées par la Commission des Comptes de la Sécurité sociale du 28 septembre dernier, confirme la probabilité d'un ONDAM 2017 conforme à celui voté en PLFSS pour 2017.

Au total, les mises en réserves prévues dans le présent texte ainsi que des mesures complémentaires permettent de compenser le dépassement prévisionnel de l'ONDAM initialement envisagé, selon les modalités suivantes :

– un dépassement de 280 millions d'euros est prévu sur les dépenses de soins de ville ;

– il est compensé à hauteur de 80 millions par une sous-exécution de l'ONDAM hospitalier ;

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

DOCUMENT PROVISOIRE

– un montant très important de 602 millions d'euros avait été mis en réserve en début d'année 2017 [1], permettant ainsi de mobiliser sans difficulté majeure 200 millions d'euros, prélevés sur les sous-objectifs hospitalier (65 millions d'euros) et médico-social (100 millions d'euros).

La nouvelle ventilation est fixée selon des modalités retracées par le tableau suivant :

(en milliards d'euros)

	Prévisions PLFSS 2017	Prévisions révisées PLFSS 2018
Dépenses de soins de ville	86,6	86,8
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	79,2	79,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,1	9,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,0	10,9
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	3,3
Autres prises en charge	1,6	1,6
Total	190,7	190,7

Source : annexe 7 du PLFSS

Le comité d'alerte a estimé dans son avis du 10 octobre 2017, compte tenu de l'importance des réserves pour 2017, la prévision « *réaliste* » [2]. Il a néanmoins rappelé la nécessité de « *maintenir en réserve un montant suffisant de crédits hospitaliers* [pour] *faire face à un éventuel dérapage en fin d'année* ».

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) *Ce montant était particulièrement prudent dans la mesure où il était supérieur au minimum prévu par le II de l'article 12 de la loi n° 2014-1653 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, fixé à 0,3 % de l'ONDAM prévu (soit 572 millions d'euros).*

(2) *Avis du comité d'alerte n° 2017-3 du 10 octobre 2017.*

TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2018

TITRE IER
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE IER
Mesures relatives au pouvoir d'achat des actifs

Article 7
Mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs

Cet article met en œuvre un engagement fort du Président de la République : redonner du pouvoir d'achat aux travailleurs, en supprimant les cotisations maladie et chômage qui grèvent leurs revenus. Afin de compenser à l'assurance maladie et à l'assurance chômage la perte de ressources en résultant (17,7 milliards d'euros), la contribution sociale généralisée (CSG) verra ses taux augmenter de 1,7 point.

À la différence des cotisations, la CSG pèse sur toutes les catégories de revenus : les salariés s'acquitteront donc de l'augmentation de 1,7 point, mais leur pouvoir d'achat augmentera, car ce sont pas moins de 3,15 points de cotisations qui seront supprimés, sur une assiette proche (0,75 point au titre de la cotisation maladie – dès janvier prochain – et 2,4 points au titre de la cotisation chômage – 1,45 point en janvier, puis 0,95 point en octobre). Pour un salarié au SMIC (1 480 euros bruts par mois), le gain de pouvoir d'achat sera de 263 euros par an ; il sera de 685 euros pour un salaire mensuel de 3 000 euros. Le gain de pouvoir d'achat sera amplifié par le caractère déductible de l'augmentation de CSG, pour l'établissement de l'impôt sur le revenu (mesure prévue dans le projet de loi de finances pour 2018). Du fait des mécanismes de calcul de la cotisation chômage et de la CSG pour les revenus excédant quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit environ 160 000 euros, les plus hauts revenus ne seront pas gagnants à la « bascule » prévue par cet article, qui est donc construit sous le signe de la justice sociale.

Cette justice se caractérise principalement par une mise à contribution plus forte, pour le financement de notre protection sociale, des revenus du capital et des pensions de retraite (assujettis à la CSG mais pas aux cotisations maladie et chômage). S'agissant des pensions de retraite, il faut dire immédiatement que seuls les contribuables soumis au taux normal de CSG – qui, à 6,6 %, est toutefois plus faible que celui pesant sur les revenus d'activité (7,5 %) – seront concernés par la hausse du taux de 1,7 point : les retraités les plus modestes, qu'ils soient exonérés ou soumis au taux réduit de 3,8 %, sont préservés de toute augmentation. Les autres retraités pourront, selon les cas, voir leur augmentation de CSG compensée par la réduction de la taxe d'habitation, autre engagement fort du Président de la République, mis en œuvre dans le projet de loi de finances.

DOCUMENT PROVISOIRE

Si la réduction de la taxe d'habitation n'est pas conçue en tant que telle comme une compensation de l'augmentation de la CSG, d'autres dispositions – contenues dans cet article ou prévues par ailleurs – ont pour objet de régler les cas particuliers des personnes assujetties à la CSG mais pas aux cotisations maladie ou chômage, et qui seraient donc perdantes nettes sans mesure spécifique :

– tous les indépendants, non assujettis à la cotisation chômage, bénéficieront en contrepartie de l'augmentation de la CSG d'une réduction de 2,15 points du taux de leur cotisation familiale. En outre, la cotisation maladie des indépendants les plus modestes pourra être réduite jusqu'à 5 points, contre 3,5 aujourd'hui ; 75 % des indépendants seront gagnants *in fine*, pour un montant pouvant dépasser 650 euros par an pour un revenu de 2 SMIC ;

– les professionnels et auxiliaires médicaux conventionnés, également hors du champ de l'assurance chômage, et dont l'essentiel de la cotisation maladie est prise en charge par les régimes d'assurance maladie, verront la hausse de la CSG compensée par la prise en charge, par ces mêmes régimes, de leur cotisation vieillesse ;

– une mesure de compensation est également prévue, par cet article, pour les ministres du culte, affiliés à un régime spécial ;

– les fonctionnaires, qui ne sont soumis à aucune des deux cotisations supprimées, subiraient une augmentation « sèche » de CSG sans mesure compensatoire. Le PLF prévoit une première mesure, la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité, qui sera complétée à l'issue de discussions avec les représentants professionnels, faute de compenser à elle seule l'augmentation de CSG.

Sur le plan budgétaire, l'augmentation de la CSG génèrera un rendement de 22,5 milliards d'euros environ, et la suppression des cotisations un coût de 17,7 milliards d'euros.

Les conséquences de cet article en termes d'affectation des recettes aux organismes de protection sociale pour beaucoup tirées dans l'article 18. Ici, il est prévu que l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), gestionnaire de l'assurance chômage, ne subira aucune perte de ressources en 2018 : l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est en effet chargée de lui verser le montant de cotisation chômage qu'elle aurait spontanément perçu si cette cotisation n'avait pas été réduite puis supprimée.

Le commentaire de cet article commence par détailler le dispositif juridique, présenté par blocs aussi cohérents que possible, détail à l'occasion duquel sont évoqués les principaux effets attendus et les volumes financiers en jeu : suppression des cotisations maladie et chômage des salariés (I) ; compensation de cette suppression par l'augmentation de 1,7 point des taux de CSG (II) ; traitement par l'article de quelques cas particuliers (III) – travailleurs indépendants, professionnels et auxiliaires médicaux conventionnés, ministres du culte – ; mesures diverses (IV).

Puis, dans un second temps, le commentaire se concentre sur des aspects importants, mais déliés du détail des dispositions juridiques : tentative de présentation des principaux effets socio-économiques et budgétaires de la « bascule », pour une vue d'ensemble de données précédemment évoquées (V) ;

DOCUMENT PROVISOIRE

évocation des conséquences devant être tirées ailleurs que dans cet article (VI), qu'il s'agisse de la déductibilité de l'augmentation de la CSG pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, des modalités de compensation de cette augmentation pour les agents publics, ou encore de l'articulation de cette augmentation avec la réduction de la taxe d'habitation, en particulier pour les retraités.

Il faut préciser préalablement aux développements qui suivent que, sauf exception, les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions dues au titre des périodes intervenant à compter du 1er janvier 2018 (**III**).

I. LA SUPPRESSION DES COTISATIONS MALADIE ET CHÔMAGE DES SALARIÉS

A. LA SUPPRESSION IMMÉDIATE DE LA COTISATION MALADIE

1. Pour les salariés non agricoles

Le II de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale dresse la liste des ressources de la branche maladie du régime général [(1)]. Le 1° de ce II mentionne les cotisations des salariés et de leurs employeurs. En application de l'article L. 242-1, ces cotisations – comme du reste l'ensemble des cotisations de sécurité sociale proprement dites [(2)] – sont assises sur tous les avantages consentis aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail (salaires, bien évidemment, mais également indemnités, primes gratifications, avantages en nature, etc.) [(3)]. Les taux de cotisation, fixés par voie réglementaire selon la règle habituelle, étaient en 2017 de 12,89 % pour la part patronale et de 0,75 % pour la part salariale.

Le **6°** du **I** du présent article acte la suppression de la cotisation maladie des salariés, en réorganisant la rédaction actuelle pour ne plus mentionner que la cotisation des employeurs.

La référence à la cotisation salariale maladie est supprimée par cohérence à l'article L. 381-30-4 (**9°** du **I**), relatif aux cotisations assises sur le travail des détenus.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Qui supporte également les charges afférentes aux risques maternité, invalidité et décès.

(2) Destinées au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à l'exclusion des régimes complémentaires notamment.

(3) Pour les besoins du commentaire de cet article, qui ne modifie pas l'assiette des cotisations sociales, il n'est pas nécessaire d'entrer dans un détail complexe.

2. Pour les salariés agricoles

L'article L. 741-9 du code rural et de la pêche maritime dresse la liste des ressources des assurances sociales des salariés agricoles. Le *a)* du I de cet article mentionne, pour l'assurance maladie, une cotisation sur les rémunérations des salariés, à la charge des employeurs et des assurés. Par jeu de renvois [(1)], l'assiette des cotisations sur les salaires agricoles, ainsi que leurs taux, sont les mêmes que pour les salaires non agricoles.

Le **3°** du **II** supprime la référence aux assurés, actant ainsi la suppression de la cotisation maladie des salariés agricoles, sur le modèle de ce qui vient d'être décrit pour les salariés non agricoles.

3. Une exonération non compensée par des crédits du budget de l'État

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale [(2)] pose le principe de la compensation par l'État des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations sociales. Le **VI** du présent article précise que, par dérogation à l'article L. 131-7, ses dispositions ne donnent pas lieu à compensation intégrale du budget de l'État.

Il faut préciser que cela ne signifie pas que les mesures en question ne sont pas compensées sur le plan financier, puisque l'article 18 du présent projet de loi a notamment pour objet de procéder à cette compensation [(3)]. Il s'agit simplement d'une précaution juridique indispensable : les allègements de cotisations « de droit commun » doivent être compensés « à l'euro l'euro », en clair par l'affectation de crédits budgétaires ; dès lors que la compensation passe par l'affectation pérenne de recettes, et non par le versement d'un *quantum* précis, elle sort mécaniquement d'une logique « à l'euro l'euro », et confère ainsi à l'allègement un caractère dérogatoire qui doit être expressément prévu.

4. Une application immédiate

Le **A** du **III** prévoit la suppression de la cotisation maladie des salariés au titre des périodes intervenant à compter du 1er janvier 2018.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Des articles L. 741-10 et D. 741-35 du code rural et de la pêche maritime vers les articles L. 241-2 et D. 241-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Créé par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994, relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil ».

(3) Pour plus de détails, on se reportera utilement au commentaire de cet article, infra.

B. LA SUPPRESSION EN DEUX TEMPS DE LA COTISATION CHÔMAGE

1. Le principe de la suppression

● L'article L. 5422-9 du code du travail prévoit que l'allocation d'assurance chômage est financée par des contributions des employeurs et des salariés, assises sur les rémunérations brutes, dans les limites d'un plafond. C'est le règlement général annexé à la convention relative à l'assurance chômage, signée entre les partenaires sociaux (organisations représentatives des employeurs et des salariés), qui définit plus précisément les contributions.

Il faut en effet rappeler que l'assurance chômage fonctionne, depuis sa mise en place en 1958, selon un mode purement paritaire. Obligatoire pour les employeurs et salariés du secteur privé et possible pour certains employeurs et employés du secteur public (cf. *infra*), la cotisation à l'assurance chômage permet d'indemniser les pertes involontaires d'emploi, sous certaines conditions, notamment de durée de cotisation, dans le détail desquelles il n'est pas nécessaire d'entrer ici. Les modalités d'adhésion, les règles de couverture des risques, le fonctionnement et le financement de l'assurance chômage sont décidés par les partenaires sociaux, et consignés dans une convention. L'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), dont le statut est associatif, est l'organisme de droit privé chargé de la gestion du régime d'assurance chômage, en application de l'article L. 5427-1 du code du travail.

● L'article 49 du règlement annexé à la dernière convention en date, celle du 14 avril 2017 [(1)], prévoit :

– que l'assiette des cotisations chômage est la même que celle des cotisations de sécurité sociales, définie par renvoi aux articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

– que cette assiette est plafonnée à quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) [(2)].

L'article 50 fixe le taux de la contribution salariale à 2,4 % et celui de la contribution patronale à 4,05 % (soit le taux « historique » de 4 % augmenté d'une majoration temporaire, qui prendra fin au plus tard le 30 septembre 2020).

● Le **IV** du présent article prévoit la suppression en deux temps des contributions salariales, ou plus exactement leur prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (cf. *infra*) [(1)] :

---

(1) https://www.unedic.org/sites/default/files/regulations/TXT-RG-1496160239784.pdf

(2) Soit près de 156 912 euros, le PASS s'élevant à 39 228 euros pour 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

– au 1er janvier 2018, leur taux sera ramené de 2,4 à 0,95 % (soit – 1,45 point) ;

– à compter du 1er octobre 2018, leur taux sera nul.

Il est précisé que la prise en charge ainsi organisée se fait « *dans la limite des contributions salariales dues* », ce qui est somme toute assez logique.

● L'article L. 5422-24 du code du travail prévoit que les contributions d'assurance chômage servent, pour au moins 10 % des sommes collectées, à la constitution d'une « contribution globale » affectée au budget de Pôle Emploi, et plus précisément à ses sections « Fonctionnement et investissement », et « Intervention ». Afin que la suppression des contributions salariales ne dégrade pas les ressources du service public de l'emploi, il est prévu de faire entrer dans le calcul de la contribution globale les montants compensant la suppression des contributions salariales (cf. *infra*).

2. Les modalités de compensation pour l'assurance chômage

● Il faut tout d'abord dire que la réduction par la loi de la cotisation chômage des salariés est une nouveauté dans l'arsenal jusqu'alors utilisé pour redonner du pouvoir d'achat aux Français. En effet, les cotisations chômage n'avaient pas encore été utilisées, à la différence des cotisations de sécurité sociale proprement dites, et plus encore des impôts et taxes en général, comme un outil de politique économique. Cette innovation conceptuelle rend nécessaire de penser des modalités de compensation, les recettes de l'assurance chômage ne pouvant être diminuées sans dommage pour les assurés.

● Le **V** organise justement, pour l'année 2018 en tout cas, la compensation à l'UNÉDIC de la réduction de la contribution salariale instaurée par le IV. Il est à cette fin prévu que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) verse à l'UNÉDIC le produit des contributions salariales qui aurait été dû en 2018, abstraction faite de la réduction de leur taux [(2)].

En l'état du droit, les contributions d'assurance chômage sont déjà, dans la généralité des cas, recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), dont l'ACOSS constitue la « tête de réseau ». En 2018, la réforme sera donc financièrement neutre pour l'UNÉDIC, et sans effet sur ses activités de recouvrement.

Si la compensation est prévue pour 2018 seulement, c'est, selon l'exposé des motifs, « *dans l'attente de l'issue des discussions sur l'avenir de l'assurance chômage prévues en 2018* ».

---

(1) Étant précisé que le rythme de recouvrement des contributions d'assurance chômage est le même que celui des cotisations de sécurité sociale du régime général (article R. 5422-7 du code du travail), c'est-à-dire mensuel dans la généralité des cas.

(2) Déduction faite, classiquement, des frais de recouvrement engagés par l'ACOSS.

DOCUMENT PROVISOIRE

Afin de sécuriser la compensation « à l'euro l'euro » pour l'UNÉDIC, il est prévu que les branches du régime général assurent l'équilibre financier de l'ACOSS au titre de cette mission, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, en fonction des soldes prévisionnels de chaque branche.

● Les contributions salariales d'assurance chômage aujourd'hui recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole (pour les salariés agricoles, en application du *b)* de l'article L. 5427-1 du code du travail), par Pôle Emploi en application du *e)* du même article (intermittents du spectacle, en substance) et par le guichet unique du spectacle occasionnel (article L. 133-9 du code de la sécurité sociale) seront, dans les conditions précédemment décrites pour la généralité des contributions, centralisées et reversées par l'ACOSS.

II. L'AUGMENTATION DE 1,7 POINT DES TAUX DE CSG

A. LA PLURALITÉ « DES » CSG

La CSG n'est pas un impôt unique, mais la collection de quatre impôts « cédulaires », qui frappent à des taux différents plusieurs catégories de revenus :

– les revenus d'activité et de remplacement, au taux de droit commun de 7,5 %, avec les exceptions suivantes :

- o les allocations chômage et les indemnités journalières de sécurité sociale sont soumises à un taux de 6,2 % ;
- o les pensions de retraite et d'invalidité sont soumises à un taux de 6,6 % ;
- o les allocations chômage et les pensions de retraite et d'invalidité sont exonérées lorsque le revenu fiscal de référence (RFR) du foyer fiscal [(1)] ne dépasse pas certains seuils (10 996 euros pour un célibataire [(2)], 16 868 euros pour un couple) ;
- o les mêmes revenus de remplacement sont soumis au taux réduit de 3,8 % lorsque le RFR du foyer dépasse les seuils d'exonération sans toutefois excéder 14 375 euros pour un célibataire [(3)] et 22 051 euros pour un couple ;

– les revenus dits « du capital », au taux de 8,2 %, à savoir :

- o les revenus du patrimoine (revenus fonciers, par exemple) ;

---

(1) De l'année N-2 pour une imposition en N.

(2) Soit 1 018 euros pour un retraité de moins de 65 ans vivant seul et percevant exclusivement sa pension, et 1 236 euros pour un retraité dans la même situation mais âgé de plus de 65 ans (cf. infra *pour des explications sur les modalités de calcul de ces montants).*

(3) Soit 1 330 euros pour les moins de 65 ans et 1 440 euros pour les plus de 65 ans.

DOCUMENT PROVISOIRE

- les produits de placement (intérêts des comptes sur livret, par exemple) ;

– les produits de certains jeux, en distinguant deux assiettes [1] :

- le produit brut des jeux de casino, soumis à un taux de 9,5 ou 12 % selon la nature du jeu ;

- les jeux exploités par La Française des jeux, soumis à un taux de 6,9 %.

Le taux des « quatre CSG » (activité et remplacement, patrimoine, placement, jeux) sont tous augmentés de 1,7 point, à l'exception des taux réduit et nul applicables aux revenus de remplacement les plus modestes. Cette augmentation aura lieu au 1er janvier 2018.

B. L'AUGMENTATION DES TAUX

● Le **3°** du **I** modifie l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, qui fixe entre autres les différents taux de CSG, à l'exception de celle sur les jeux de casino :

– le ***a)*** du **3°** porte de 7,5 à 9,2 % le taux de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement ;

– le ***b)*** porte de 8,2 à 9,9 % le taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et sur les produits de placement. Il faut préciser ici que les produits de placement sont retenus à la source par les établissements financiers payeurs, en année N : en 2018, ce sont donc les revenus de 2018 qui supporteront l'augmentation du taux de CSG. En revanche, la CSG sur les revenus du patrimoine est recouvrée par voie de rôle, l'année suivant la perception des revenus : en 2018, l'augmentation de la CSG frappera donc les revenus dégagés en 2017 [2] ;

– le ***c)*** porte de 6,9 à 8,6 % le taux de la CSG sur les jeux exploités par La Française des jeux ;

– le ***d)*** porte de 6,6 à 8,3 % le taux de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité.

---

(1) Cf. infra *pour plus de détails.*

(2) Il faut préciser, comme le rappelle d'ailleurs l'étude d'impact, que cette augmentation de CSG se fait dans un cadre général d'allègement de la fiscalité sur les revenus du capital. En effet, l'article 11 du projet de loi de finances (PLF) pour 2018 ouvre aux titulaires de certains de ces revenus, pour l'établissement de leur impôt sur le revenu (IR), une option en faveur d'un prélèvement forfaitaire unique (PFU) au taux global de 12,8 %, possiblement plus avantageux que la soumission de ces revenus au barème progressif de l'IR, dont le taux de la dernière tranche est de 45 %. Additionné au taux global des prélèvements sociaux, porté de 15,5 à 17,2 % du fait de l'augmentation du taux de la CSG (cf. infra*), le PFU permettra donc de limiter à 30 % la fiscalité, d'État et sociale, sur les revenus du capital concernés. Pour plus de précisions, on se reportera utilement au commentaire de cet article par notre collègue Joël Giraud, rapporteur général de la Commission des finances : rapport n° 273, tome II, 12 octobre 2017, pages 361 à 428 (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0273-tII.pdf).*

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le **2°** du **I** augmente de 1,7 point les taux de CSG sur les jeux de casino, définis au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale :

– le taux de 9,5 % applicable à une fraction (68 %) du produit brut des jeux [(1)] automatiques (« machines à sous ») est porté à 11,2 % ;

– le taux de 12 % applicable aux gains de 1 500 euros et plus, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels, est porté à 13,7 %.

● Ne sont pas augmentés les taux de CSG applicables :

– aux allocations chômage et aux indemnités journalières de sécurité sociale (taux maintenu à 6,2 %, en application du 1° du II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale). Cette exclusion se justifie, selon l'étude d'impact, « *par cohérence avec l'objectif même de la mesure* […], *ces revenus étant accordés à des actifs en situation d'absence ou d'arrêt temporaire de travail* » ;

– aux revenus de remplacement les plus modestes, assujettis à un taux de 3,8 % en application du III du même article ou exonérés en application du 2° du III de l'article L. 136-2). Cette exclusion permet de maintenir constant le pouvoir d'achat de 5,8 millions de pensionnés, soit plus de 40 % (4 millions exonérés et 1,8 millions assujettis au taux réduit, sur un total de 13,8 millions de retraités du régime général).

C. LES CONSÉQUENCES SUR L'AFFECTATION DU PRODUIT

● Le IV de l'article L. 136-8 répartit entre différents affectataires le produit de la CSG, à l'exception de la CSG sur les revenus du capital et sur les jeux de casino [(2)] ; le 4° de ce IV prévoit que les régimes obligatoires d'assurance maladie perçoivent une part du produit de la CSG, correspondant à un taux variable selon la cédule concernée. La notion de « part correspondant à un taux » n'est pas intuitive ; pour prendre un exemple simple et théorique, si le taux d'une cédule de CSG est de 5 % et que la part affectée aux régimes d'assurance maladie est de 2,5 %, cela signifie que la moitié du produit de la CSG récolté sur cette cédule est affectée aux régimes d'assurance maladie.

Cela étant posé, les modalités de répartition du produit de la CSG « maladie » sont déterminées par décret, mais variablement selon l'affectataire :

---

(1) Le produit brut des jeux (PBJ) constitue en quelque sorte le chiffre d'affaires des casinos, puisqu'il est égal au montant des mises des joueurs soustraction faite des gains qui leur sont reversés.

(2) Produits respectivement affectés par les IV bis *et V :*

- *la CSG sur les revenus du capital est affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour la part correspondant à un taux de 7,6 % et à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour le solde (part correspondant à un taux de 0,6 %) ;*
- *la CSG sur les jeux de casino est affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour 82 % et à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour 18 %.*

DOCUMENT PROVISOIRE

– pour la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, affectée à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, la répartition doit se faire « *en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime* » [(1)] ;

– la CNAM, c'est-à-dire la branche maladie du seul régime général, est seule affectataire de la CSG assise sur les autres revenus ;

– pour les régimes non intégrés financièrement à la CNAM [(2)], la répartition se fait par décret, sans procédure particulière.

Les ***e)***, ***f)*** et ***g)*** du **3°** du **I** augmentent de 1,7 point les quotités de CSG affectées aux régimes d'assurance maladie, en portant respectivement :

– de 6,05 à 7,75 % la fraction de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement (*a)* du 4° du IV de l'article L. 136-8) ;

– de 5,75 à 7,45 % la fraction de CSG sur les jeux exploités par La Française des jeux (*b)* du même 4°) ;

– de 5,15 à 6,85 % la fraction de CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité (*e)* du 4°).

Les allocations chômage et indemnités journalières de sécurité sociale (*d)* du 4°) et les revenus de remplacement modestes (*f)* du 4°) n'étant pas concernées par l'augmentation de CSG, leurs quotités d'affectation ne sont logiquement pas modifiées.

Ne sont pas davantage modifiées les quotités de CSG affectées :

– à la CNAF, pour la part correspondant à un taux de 0,85 % (1° du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale) ;

– à la CADES, pour la part correspondant à un taux de 0,6 % dans la généralité des cas et à 0,3 % pour la CSG sur les jeux de La Française des jeux (5° du même IV).

Cela signifie donc que seuls les affectataires de la CSG « maladie », pour les cédules concernées par le IV de l'article L. 136-8, bénéficient de l'augmentation de 1,7 point.

---

(1) Cette rédaction, résultant de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 (article 24 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015) a pour objet de tenir compte de la réalité démographique des régimes affectataires.

(2) L'intégration financière signifie qu'un régime compense le déficit de l'autre – ce qui revient en pratique à verser une dotation d'équilibre –, les affiliés restant cependant gérés par des organismes distincts. La quasi-totalité des régimes sont aujourd'hui intégrés.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le IV *bis* de l'article L. 136-8 affecte au FSV et à la CADES le produit de la CSG sur les revenus du capital (revenus du patrimoine et de placement). En l'état du droit, le taux de CSG applicable à ces revenus est de 8,2 % ; le FSV perçoit une part correspondant à un taux de 7,6 %, et la CADES une part correspondant au taux « solde », de 0,6 %.

Le ***g)*** du **2°** du **I** porte à 9,3 % la part du FSV. Autrement dit, seul le FSV bénéficie de l'augmentation du taux de cette cédule de CSG.

III. LE TRAITEMENT PAR L'ARTICLE DE QUELQUES CAS PARTICULIERS

A. LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS, NON ASSUJETTIS À LA COTISATION CHÔMAGE

1. La compensation de l'augmentation du taux de CSG par une réduction supplémentaire de la cotisation familiale

● En l'état du droit, l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale :

– définit en son premier alinéa les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations familiales des travailleurs indépendants non-agricoles ;

– prévoit en son second alinéa un mécanisme de réduction du taux de ces cotisations, lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, et dans la limite de 3,1 points.

Le taux est égal :

– à 2,15 % des revenus d'activité lorsque ceux-ci n'excèdent pas 1,1 PASS [(1)] ;

– à 5,25 % lorsque les revenus dépassent 1,4 PASS [(2)] ;

– à un taux croissant de manière linéaire – de 2,15 à 5,25 %– entre 1,1 et 1,4 PASS.

● Le **7°** du **I** abroge l'article L. 242-11, et le **11°** lui substitue un nouvel article L. 613-1 au sein du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 [(3)].

---

(1) Soit plus de 43 000 euros.

(2) Soit environ 55 000 euros.

(3) L'article 11 du projet de loi procède à une refonte du livre VI, relatif aux non-salariés, dans le cadre de la suppression du Régime social des indépendants (RSI) ; cette refonte implique une nouvelle numérotation de l'actuel article L. 613-1, qui devient L. 611-1. Pour plus de précisions, on se reportera utilement au commentaire de cet article, infra.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le nouvel article L. 613-1 apporte deux modifications au droit existant :

– il étend le champ de la réduction du taux à l'ensemble des travailleurs indépendants, au-delà des seuls indépendants non agricoles ;

– il porte à 5,25 points, soit le taux maximum actuellement applicable, la limite de la réduction de taux. L'étude d'impact annexée au présent article précise que le taux sera nul pour les revenus d'activité jusqu'à 1,1 PASS, puis progressera linéairement pour atteindre un nouveau maximum de 3,1 % à 1,4 PASS. Ainsi, les indépendants bénéficieraient d'une réduction de 2,15 points de leur taux de cotisation familiale, ce qui permet de compenser strictement l'augmentation de 1,7 point de la CSG. L'assiette de la CSG étant plus large que celle des cotisations familiales des indépendants, la stricte compensation implique de réduire davantage le taux des cotisations que n'est augmenté celui de la CSG ;

– il prévoit la possibilité de cumuler la réduction du taux avec :

- l'exonération de cotisations sociales prévue dans le cadre de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE), codifiée à l'avenir à l'article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale [(1)] ;

- et la réduction de la cotisation maladie prévue au nouvel article L. 621-3 (cf. immédiatement *infra*).

2. Un gain de pouvoir d'achat pour 75 % des indépendants, par une réduction supplémentaire de la cotisation maladie

● L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 11 de la LFSS 2017 [(2)], prévoit une réduction du taux des cotisations maladie et maternité [(3)] des indépendants non-agricoles affiliés au RSI, sous réserve que leurs revenus d'activité soient inférieurs à un seul fixé par décret, égal à 70 % du PASS, soit plus de 27 000 euros [(4)]. La réduction maximale est de 3,5 points, ramenant ainsi le taux de cotisations de 6,5 à 3 % [(5)]. Ce niveau maximal, atteint pour les revenus les plus faibles, décroît ensuite linéairement pour s'annuler lorsque les revenus atteignent 1,1 PASS. Cette réduction n'est cumulable avec aucune autre réduction ou aucun abattement portant sur les cotisations en question, à l'exception de la réduction de 3,1 points de la cotisation familiale (cf. *supra*).

---

(1) Dispositif assez profondément remanié par l'article 9, au commentaire duquel on se reportera donc utilement.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016.

(3) Mentionnées à l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale.

(4) Article D. 612-5 du code de la sécurité sociale.

(5) Le taux de 6,5 % est fixé par l'article D. 612-4.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le **12°** transforme l'article L. 612-5 en un article L. 621-3 (dans le cadre de la refonte du titre VI résultant de la suppression du RSI), en lui apportant trois modifications :

– les cotisations maladie et maternité sont définies par renvoi aux articles L. 621-1 et L. 621-2, et non plus à l'article L. 621-4, du fait de la refonte du titre VI ;

– la limite de la réduction est portée de 3,5 à 5 points ;

– la réduction devient cumulable avec la réduction « ACCRE », tout en restant cumulable avec la réduction de cotisation familiale.

● L'étude d'impact indique que le renforcement de la réduction des cotisations maladie et maternité des indépendants à revenus modestes permet un gain net de pouvoir d'achat pour 75 % des indépendants. Les 25 % restants ne sont pas perdants à la réforme, le renforcement de la réduction de la cotisation familiale permettant, comme on l'a vu, de compenser l'augmentation de la CSG.

Le gain serait maximal pour un revenu d'activité autour de 2 SMIC, et la compensation deviendrait stricte au-delà de 3 SMIC. Parmi les indépendants, la mesure serait globalement favorable pour 82 % des artisans-commerçants et 50 % des professions libérales.

● Sur le plan budgétaire, le coût net serait de l'ordre de 180 millions d'euros, l'augmentation de la CSG produisant environ 2,1 milliards de recettes supplémentaires et la réduction des cotisations 1,9 milliard de perte.

3. Des mesures qui concernent également les non-salariés agricoles

a. La cotisation familiale

L'article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime assujettit les indépendants agricoles à une cotisation familiale, dont le taux est réduit dans les conditions prévues par l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale pour les indépendants non-agricoles. Par coordination avec l'abrogation de cet article et son remplacement par un nouvel article L. 613-1 (cf. *supra*), le **1°** du **II** procède à une substitution de référence à l'article L. 731-25.

b. La cotisation maladie

● L'article L. 731-35 du même code prévoit que les cotisations dues pour la couverture du risques maladie de l'essentiel des exploitants, anciens exploitants, de leurs aidants et de leurs ayant-droits sont assis sur les revenus tirés de l'exploitation, ou sur une base forfaitaire [(1)], et que leurs taux sont fixés par décret.

(1) Pour les besoins de ce commentaire, il n'est pas nécessaire de détailler ces assiettes.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le ***a)*** [1] du **2°** du **II** insère un nouvel alinéa dans l'article L. 731-35, prévoyant une réduction du taux des cotisations maladie et maternité des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant cette activité à titre exclusif ou principal. Les conditions d'application de la réduction sont celles prévues, pour les indépendants non agricoles, par l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale (cf. *supra*).

● L'étude d'impact indique que cette réduction se substitue à la réduction de 7 points de la cotisation maladie dont les exploitants agricoles ont bénéficié en 2016 [2]. Selon la même source, cette exonération, qui n'est soumise à aucune condition de ressources, est mal ciblée : 50 % de son montant bénéficie en effet aux exploitants agricoles dont les revenus sont les plus élevés. L'alignement du régime des indépendants agricoles sur celui des non-agricoles, facteur d'équité, permet donc au surplus de concentrer l'effort sur les niveaux de revenus les plus faibles.

4. Un complément à apporter par voie réglementaire pour la catégorie particulière des micro-entrepreneurs

● Les travailleurs indépendants non agricoles dont le chiffre d'affaires ou les recettes n'excèdent pas certaines limites peuvent de longue date bénéficier de modalités dérogatoires d'imposition des revenus tirés de leur activité, dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (régime dit « micro-BIC ») ou des bénéfices non-commerciaux (« micro-BNC »). Par exception au principe d'imposition des bénéfices réels, les régimes micro permettent une imposition forfaitaire, assise sur le chiffre d'affaires et non sur le résultat net ; permettant parfois d'alléger l'impôt dû, cette facilité est surtout administrative, rendant plus aisée la liquidation de l'impôt.

Prévu par l'article 50-0 du code général des impôts, le régime micro-BIC est ouvert aux exploitants individuels dont le chiffre d'affaires hors taxes de l'année précédente ne dépasse pas, dans la généralité des cas :

– 82 800 euros pour les entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place, ou de fournir le logement (entreprises dites de la première catégorie) ;

– 33 200 euros pour les autres entreprises de prestation de services (entreprises dites de la deuxième catégorie).

---

(1) Le **b)** *étant de portée rédactionnelle.*

(2) Le décret n° 2016-392 du 31 mars 2016 relatif à la cotisation d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants agricoles a modifié l'article D. 731-91 du code rural et de la pêche maritime, en réduisant de 10,04 à 3,04 % le taux de cette cotisation.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le bénéfice imposable est alors calculé sur la base du chiffre d'affaires, après application d'un abattement représentatif des charges (71 % pour les entreprises de la première catégorie, 50 % pour les entreprises de la deuxième catégorie).

Le régime micro-BNC, prévu par l'article 102 *ter* du code général des impôts, permet aux exploitants individuels d'activités non commerciales de bénéficier, sous réserve que leurs recettes de l'année précédente n'excèdent pas 33 200 euros, d'une imposition forfaitaire desdites recettes, abattues de 34 %.

● L'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale prévoit, pour les bénéficiaires du micro-BIC ou du micro-BNC, un régime dit « micro-social », qui permet définir un taux forfaitaire global pour l'essentiel des contributions et cotisations sociales. Il s'agit donc d'un régime dérogatoire du droit commun des travailleurs indépendants, régi par l'article L. 131-6-2 du même code, qui assoit ces contributions et cotisations sur les revenus d'activité de l'année précédente.

Dans le régime micro, le chiffre d'affaires ou les recettes du dernier mois ou du dernier trimestre – au choix du redevable – sont frappés d'un taux fixé par décret, mais qui ne saurait être inférieur au taux moyen acquitté par les indépendants non éligibles au régime micro-social. Le taux applicable en 2017 varie selon la nature de l'activité exercée : 13,1 % pour les entreprises de la première catégorie du micro-BIC, 22,7 % pour les entreprises de la deuxième catégorie et pour celles relevant du micro-BNC. Le principal avantage du régime micro-social est d'ajuster les charges au chiffre d'affaires, jusqu'à exonérer les exploitants dont le chiffre d'affaires est nul.

● L'étude d'impact indique qu'un décret ajustera le taux global des cotisations applicables aux micro-entrepreneurs, pour tenir compte du renforcement, par le présent article, des allègements de cotisations de la généralité des indépendants. Le taux de la première catégorie du micro-BIC passerait de 13,1 à 12,8 %, celui de la deuxième catégorie de 22,7 à 21,6 % et celui du micro-BNC de 22,7 à 21,3 %.

B. LES PROFESSIONNELS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

● L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale définit le contenu des conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les professions de santé : médecins (conventions prévues par l'article L. 162-5), chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (article L. 162-9), infirmiers (article L. 162-12-2), masseurs-kinésithérapeutes (article L. 162-12-9), directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale, entreprises de transport sanitaire. Le 5° du I de cet article L. 162-14-1 prévoit que les conventions définissent les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par les professionnels de santé, au titre de certaines de leurs activités : les activités non salariées réalisées

DOCUMENT PROVISOIRE

dans le cadre de la permanence des soins [1], et les activités exercées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des praticiens. Sont concernées : les cotisations d'allocations familiales visées à l'article L. 242-11, les cotisations maladie et maternité (article L. 612-1) et les cotisations aux régimes de retraite complémentaire (article L. 645-2) et les cotisations visées à l'article L. 722-4.

En 2017, le taux de la cotisation maladie pour les médecins conventionnés en secteur 1 (c'est-à-dire ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires), les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux est de 6,5 %, dont seulement 0,1 % à la charge de l'assuré. Sans mesure de compensation, ces professionnels seraient donc perdants à la réforme : leur CSG augmenterait, et ils ne bénéficieraient par construction pas de la suppression des cotisations maladie (qu'ils ne payent quasiment pas, et dont la suppression est du reste prévue pour les seuls salariés) et chômage (à laquelle ils ne sont pas soumis, en tant que professionnels en principe libéraux).

● C'est pourquoi le **4°** du **I** [2] élargit le champ des cotisations visées : aux cotisations d'assurance vieillesse des professions libérales, mentionnées à l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale, le champ des cotisations pouvant être prises en charge par les caisses d'assurance maladie en application des conventions. En 2017, le taux de ces cotisations était de 10,1 % du revenu sur sa fraction n'excédant pas le PASS, puis 1,87 % au-delà.

C. LES MINISTRES DU CULTE

● L'article L. 382-22 du code de la sécurité sociale prévoit que les charges du régime d'assurance maladie des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses sont couvertes par trois types de recettes :

–une cotisation à la charge de ces personnes, assise sur une base forfaitaire (cotisation « salariale » – 1°) ;

– une cotisation à la charge des collectivités religieuses elles-mêmes (cotisation « patronale » – 2°) ;

– une contribution d'équilibre du régime général (3°).

● Le du **10°** du **I** abroge le 2° de l'article L. 382-22. Le taux de la cotisation maladie était de 13,94 % en 2017, et s'appliquait à une base forfaitaire égale au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) [3].

---

(1) Mission de service public assurée par des praticiens conventionnés, organisée par l'agence régionale de santé.

(2) Qui procède en outre à une série de coordinations rédactionnelles dont le détail peut être épargné au lecteur.

(3) Soit un montant mensuel de cotisation de 206 euros environ, pour un SMIC à 1 480 euros environ.

DOCUMENT PROVISOIRE

IV. DES MESURES DIVERSES

● Le **1°** du **I** supprime le premier alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, devenu obsolète.

● L'article L. 172-3 du code de la sécurité sociale institue une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les poly-pensionnés, c'est-à-dire les assurés ayant relevé simultanément ou successivement de plusieurs régimes. Un décret en Conseil d'État doit fixer les conditions dans lesquelles sont ouverts, maintenus et calculés les droits à pension d'invalidité, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses. Le **5°** du **I** modifie la rédaction de cet article, substituant à l'expression « *correspondant aux cotisations versées* » l'expression « *soumis à cotisations au sens de l'article L. 242-1* ». Il semblerait que cette disposition soit d'ordre rédactionnel.

Le **8°** du **I** procède à la même modification à l'article L. 313-1, qui conditionne l'ouverture des droits aux prestations de la branche maladie du régime général.

● Le **VII** précise que seules les dispositions relatives à l'augmentation de CSG sur les revenus du capital (*b)* du 3° du I et III de l'article) sont applicables à Mayotte, où il n'existe pas de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement.

V. LES PRINCIPAUX EFFETS ATTENDUS DE LA « BASCULE » PRÉVUE PAR CET ARTICLE

A. REDONNER DU POUVOIR D'ACHAT AUX SALARIÉS EN RENDANT PLUS ÉQUITABLE LE FINANCEMENT DE NOTRE SÉCURITÉ SOCIALE

● Le mouvement consistant à supprimer des cotisations assises sur les revenus d'activité en augmentant parallèlement la CSG, qui pèse sur l'ensemble des revenus, a pour mérite fondamental de redonner du pouvoir d'achat aux actifs en faisant contribuer de manière plus équitable d'autres catégories de population au financement de notre système de protection sociale, sans affecter aucunement les droits à prestations.

L'étude d'impact annexée au présent article relève que plus de 80 % des recettes de la sécurité sociale sont assises sur les revenus d'activité. Le basculement proposé par cet article aura pour effet de faire contribuer davantage les revenus du capital et les pensions de retraite, soumis à la CSG mais, par construction, exemptés des cotisations sur les revenus d'activité.

● Au-delà de cette répartition nouvelle de la charge entre catégories de revenus, la mesure proposée doit également permettre une forme de redistribution au sein des actifs :

DOCUMENT PROVISOIRE

– en fonction de la catégorie à laquelle appartiennent les salariés, puisque certains éléments exclus de l'assiette des cotisations figurent dans l'assiette de la CSG, et que ces éléments sont plutôt attribués aux cadres qu'aux non-cadres (typiquement, l'épargne salariale, notamment la participation aux résultats, versée par l'entreprise) ;

– en fonction du niveau de salaire, puisque la bascule ne profitera pas aux très hauts revenus, sous l'effet conjugué de deux mécanismes déjà existants :

- d'une part, l'assujettissement de l'intégralité du revenu à la CSG au-delà de 4 PASS, alors que les revenus situés en-deçà de ce niveau bénéficient d'un abattement forfaitaire pour frais professionnels de 1,75 % (la CSG frappe donc seulement 98,25 % du revenu) ;

- d'autre part, au-delà du même seuil de 4 PASS, la cotisation chômage n'est plus due. Cela signifie que la fraction des revenus dépassant ce seuil supportera l'augmentation de CSG sans être allégée de la cotisation chômage.

● Au total, selon l'étude d'impact, ce sont plus de 7 milliards d'euros qui seraient redistribués aux actifs.

B. QUELQUES ILLUSTRATIONS CHIFFRÉES ET GRAPHIQUES

● La bascule proposée par le présent article produit pour les salariés du secteur privé un gain de pouvoir d'achat sur une très large échelle de salaires.

Au niveau du SMIC– soit 1 480 euros bruts mensuels en 2017 –, la réduction des cotisations produit, en régime de croisière (une fois la cotisation chômage intégralement supprimée) :

– un gain spontané de 46,6 euros (11,1 euros au titre de la cotisation maladie et 35,5 euros au titre de la cotisation chômage) ;

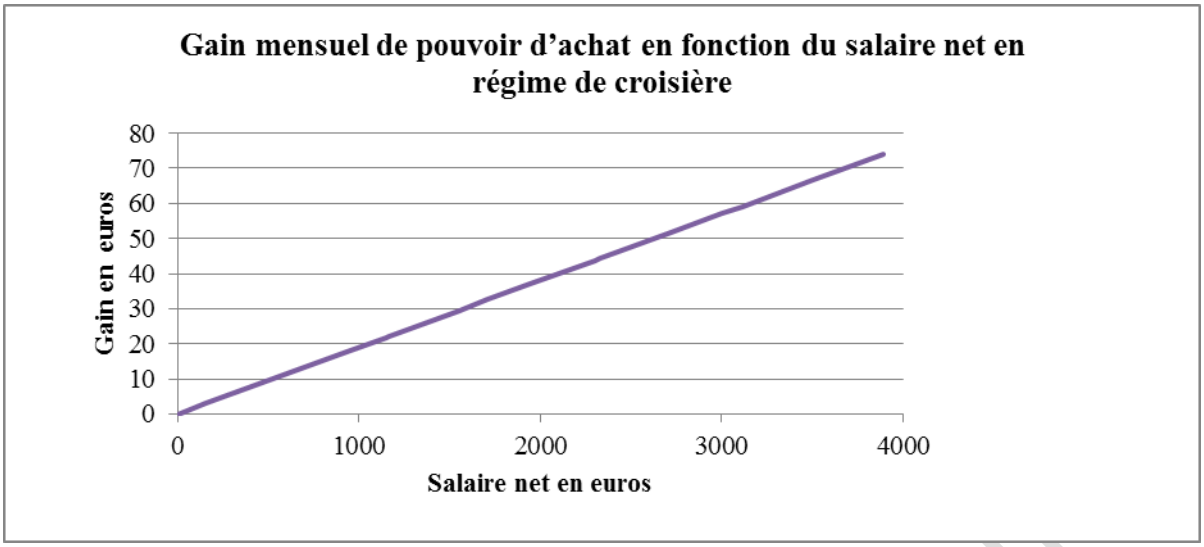
– une perte de 24,7 euros du fait de l'augmentation de 1,7 point du taux de la CSG ;

– soit un gain net de 21,9 euros par mois, et donc de 263 euros par an.

Le gain est doublé pour un salaire de 2 SMIC (526 euros). Pour un salaire net de 3 000 euros [(1)], le gain est de 685 euros par an.

(1) La conversion entre le salaire brut et le salaire net étant obtenue par la réduction de 22 % du salaire brut, soit le niveau global des prélèvements sociaux mis, dans la généralité des cas, à la charge du salarié.

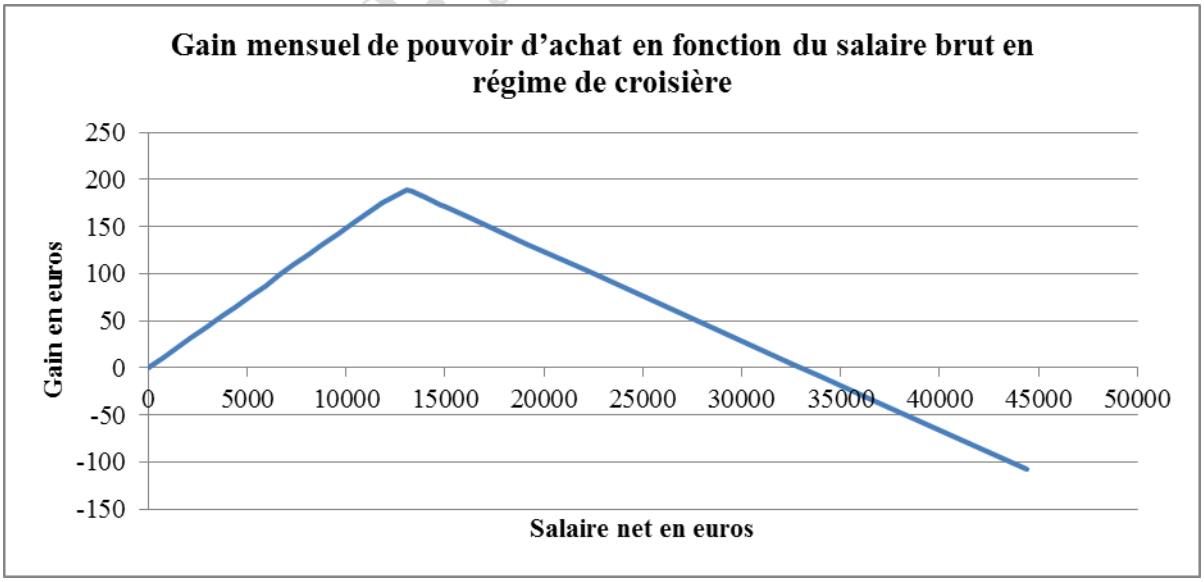
DOCUMENT PROVISOIRE



Source : Commission des affaires sociales.

● Les cotisations comme la CSG étant proportionnelles au salaire, le gain procuré par la bascule l'est également, mais jusqu'à 4 PASS seulement, pour les raisons précédemment évoquées.

Ainsi, le gain est de 190 euros par mois pour un salaire brut mensuel correspondant à 4 PASS, soit 13 076 euros. Au-delà, le gain décroît ; pour un salaire brut mensuel de 15 000 euros, il est d'environ 171 euros. Puis le gain s'annule lorsque le revenu brut atteint 33 000 euros par mois ; au-delà, les salariés sont « perdants », le terme méritant des guillemets compte tenu des niveaux de revenus dont il est question. Ainsi, pour un salaire brut de 30 SMIC (44 408 euros par mois), la perte mensuelle est de 108 euros.



Source : Commission des affaires sociales

C. L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE D'ENSEMBLE

● L'augmentation de la CSG devrait produire un rendement de 22,5 milliards (sur la base des chiffres prévisionnels pour 2017), détaillé dans le tableau suivant.

VENTILATION PAR ASSIETTE DE L'AUGMENTATION DES TAUX DE CSG

(en milliards d'euros)

Nature des revenus	Montant
Revenus d'activité	15,85
Revenus de remplacement	4,45
Revenus du capital	2,11
Jeux	0,09
Total	**22,5**

Source : Direction de la sécurité sociale.

● La suppression des cotisations aurait un coût spontané de 17,7 milliards :

– 13,1 milliards au titre de la cotisation chômage ;

– 4,6 milliards au titre de la cotisation maladie.

Les modalités de répartition du solde, prises dans un ensemble plus vaste de mouvements financiers entre l'État et la sécurité sociale et au sein de la sécurité sociale, sont décrites *infra* dans le commentaire de l'article 18.

VI. PLUSIEURS CONSÉQUENCES N'AYANT PAS VOCATION À ÊTRE TIRÉES DANS CET ARTICLE

A. LA DÉDUCTIBILITÉ DU SURPLUS DE CSG POUR L'ÉTABLISSEMENT DE L'IMPÔT SUR LE REVENU : DU POUVOIR D'ACHAT EN PLUS

● Lors de sa création par la loi de finances pour 1991 (1), la CSG, alors au taux de 1,1 %, n'a pas été exclue de l'assiette de l'impôt sur le revenu, suivant la règle usuelle selon laquelle les autres impôts ne sont pas regardés comme des charges déductibles du revenu imposable.

Le législateur a entendu faire exception à cette règle pour l'augmentation de 1,3 point du taux de CSG, cette quotité supplémentaire ayant été rendue déductible par la première loi de finances rectificative (LFR) pour 1993 (2).

L'exception n'aura toutefois pas eu le temps d'entrer en vigueur, puisque la loi de finances pour 1994 (3) l'a abrogée : depuis lors, 2,4 points de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement sont demeurés non déductibles.

(1) Articles 127 à 135 de la loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990.

(2) Article 42 de la loi n° 93-859 du 22 juin 1993.

(3) Article 2 de la loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993.

DOCUMENT PROVISOIRE

En revanche, les augmentations successives du taux de CSG en 1997 (+ 1 point) et 1998 (+4,1 points) ont été rendues déductibles [(1)], car ces nouvelles quotités de CSG se substituaient aux cotisations salariales d'assurance maladie, quasi-intégralement supprimées, et qui elles étaient déductibles de l'assiette de l'IR [(2)].

En 2004, l'augmentation de CSG sur les revenus du capital et sur les pensions (+ 0,7 point) a été rendue déductible [(3)]. La loi de finances pour 2013 [(4)] est revenue sur cette déductibilité s'agissant des revenus du capital, portant la fraction de CSG non déductible de 2,4 à 3,1 points.

La CSG sur les jeux n'est quant à elle pas déductible.

● L'augmentation de CSG prévue par le présent article se substituant à des cotisations déductibles de l'assiette de l'IR en application de l'article 83 du code général des impôts, la logique retenue en 1997 et 1998 prévaut : l'article 38 du PLF 2018 prévoit donc la déductibilité de la quotité supplémentaire de 1,7 point. Le tableau suivant récapitule les fractions déductibles et non déductibles de CSG, en l'état actuel du droit et en l'état futur.

FRACTIONS DE CSG DÉDUCTIBLES ET NON DÉDUCTIBLES SELON LES CATÉGORIES DE REVENUS

(en points)

	Droit existant			**Droit proposé**		
Catégories de revenus	**CSG déductible**	**CSG non déductible**	**Total**	**CSG déductible**	**CSG non déductible**	**Total**
Revenus d'activité et de remplacement	5,1	2,4	7,5	6,8	2,4	9,2
Pensions de retraite et d'invalidité	4,2	2,4	6,6	5,9	2,4	8,3
Allocations chômage et indemnités journalières de sécurité sociale	3,8	2,4	6,2	3,8	2,4	6,2
Revenus de remplacement soumis au taux réduit	3,8	0	3,8	3,8	0	3,8
Revenus de remplacement exonérés	0	0	0	0	0	0
Revenus du capital	5,1	3,1	8,2	6,8	3,1	9,9

Source : Commission des affaires sociales.

L'exemple suivant permet de comprendre les effets – positifs – de la déductibilité pour un contribuable. Dans le cadre de la réforme, un salarié percevant 2 SMIC (environ 2 300 euros par mois) devrait bénéficier d'une augmentation de son revenu net de 44 euros par mois (soit une réduction

(1) Respectivement par l'article 94 de la loi n° 96-1181 du 30 décembre 1996 de finances pour 1997 et par l'article 80 de la loi n° 97-1269 du 30 décembre 1997 de finances pour 1998.

(2) La déductibilité a également concerné la CSG sur les revenus du capital, qui n'étaient pourtant pas assujettis aux cotisations sociales.

(3) Article 37 de la loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004.

(4) Article 9 de la loi n° 2012-1509 du 29 décembre 2012.

DOCUMENT PROVISOIRE

de 93 euros de cotisations, dont sont retranchés les 49 euros d'augmentation de CSG). Sans déductibilité de la CSG, son revenu imposable augmenterait de 93 euros par mois ; il augmentera de seulement 44 euros par mois avec la déductibilité de la CSG.

B. LES MODALITÉS DE COMPENSATION DE L'AUGMENTATION DE CSG POUR LES AGENTS PUBLICS

Les fonctionnaires ne sont pas assujettis à la cotisation maladie, ce risque étant assuré par les régimes spéciaux de protection sociale de chaque fonction publique ; les agents contractuels, en revanche, y sont soumis. Par ailleurs, dans la généralité des cas, les agents publics ne sont pas assujettis à la cotisation chômage. En conséquence, sans mesure de compensation, les agents publics seraient perdants nets à la réforme, puisqu'ils subiraient l'augmentation de la CSG sans bénéficier de la réduction de cotisations qu'ils n'acquittent pas. Le Gouvernement entend répondre en plusieurs temps à cette problématique.

1. La suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité par l'article 47 du projet de loi de finances pour 2018

Comme les salariés du secteur privé, les agents publics ont droit à une allocation chômage en cas de perte d'emploi (article L. 5424-1 du code du travail). En principe, le risque chômage est auto-assuré par les employeurs publics (article L. 5424-2 du même code) ; en conséquence, les agents publics ne sont en principe pas assujettis à la cotisation chômage. Par exception, les employeurs d'agents non titulaires, autres que l'État et les établissements publics administratifs, peuvent adhérer au régime d'assurance chômage géré par l'UNÉDIC ; dans ce cas, les employés s'acquittent de la cotisation chômage.

Lorsque l'employeur public [(1)] n'est pas adhérent à l'UNÉDIC – soit qu'il n'en ait pas le droit, soit qu'il ait choisi de ne pas y adhérer –, ses employés sont assujettis à une contribution exceptionnelle de solidarité (CES) [(2)], assise au taux de 1 % sur la rémunération nette totale, dès lors qu'elle excède 1 467 euros mensuels [(3)], et dans la limite d'un plafond fixé à 4 PASS, comme pour la cotisation chômage donc.

Le produit de la CES, estimé à 1,4 milliard d'euros pour 2017, est affecté au Fonds de solidarité, chargé du financement des allocations de solidarité au profit des personnes privées d'emploi, essentiellement l'allocation de solidarité spécifique, versée aux chômeurs en fin de droits. Ce financement sera à l'avenir intégralement assuré par des crédits du budget de l'État, depuis la mission *Travail*

---

(1) État, collectivités territoriales, hôpitaux, établissements publics, mais aussi les entreprises majoritairement contrôlées par l'État, les établissements publics industriels et commerciaux et les sociétés d'économie mixte des collectivités territoriales, les organismes consulaires…

(2) Régie par les articles L. 5423-24 à L. 5423-32 du code du travail.

(3) Article R. 5423-52 du code du travail.

DOCUMENT PROVISOIRE

et emploi, qui servait déjà une subvention d'équilibre au Fonds de solidarité, à hauteur de 473 millions d'euros en 2013. La suppression du Fonds était déjà prévue pour le 1er janvier 2018 (1), puisqu'il se contentait en réalité de collecter la CES (2), Pôle Emploi assurant le service des aides. L'apport informatif du Fonds était également limité, le rapport public annuel 2016 de la Cour des comptes ayant entre autres curiosités relevé qu'il ne dispose d'aucun recensement précis des employeurs assujettis à la CES (3)…

2. Des mesures complémentaires à venir

Comme le relève le Gouvernement dans l'exposé des motifs de l'article 47 du PLF 2018, « *la suppression de la CES ne constitue qu'un premier pas pour la compensation de la hausse de CSG pour les agents et les salariés du secteur public ou parapublic* ».

● Trois facteurs simples l'expliquent :

– le taux de la CES est inférieur au taux supplémentaire de CSG ;

– de surcroît, l'assiette est plus étroite, portant sur les rémunérations nettes et non brutes ;

– enfin, la CES épargne les traitements les plus modestes, qui sont en revanche assujettis à la CSG.

● Toujours dans le même exposé des motifs, le Gouvernement indique que les mesures complémentaires de compensation seront :

– pour les fonctionnaires de l'État, traduites par amendement au PLF ;

– pour les autres publics, discutées avec les organisations syndicales dans le cadre du « rendez-vous salarial » de l'automne.

● Ces mesures complémentaires peuvent en tout état de cause être chiffrées à 1,6 milliard d'euros, puisque le rendement de l'augmentation de la CSG sur les revenus d'activité du secteur public est estimé à 3 milliards, et que la suppression de la CES coûte 1,4 milliard.

C. LES EFFETS POTENTIELS DE L'AUGMENTATION DES REVENUS SUR LE BÉNÉFICE DE CERTAINS AVANTAGES SOCIO-FISCAUX ET DE CERTAINES PRESTATIONS SOCIALES

● Le revenu fiscal de référence (RFR), défini à l'article 1417 du code général des impôts, est indiqué sur l'avis d'imposition ou de non-imposition du

---

(1) Article 143 de la loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016.

(2) Les URSSAF y auraient procédé si la CES n'avait pas été supprimée.

(3) https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/03-fonds-solidarite-RPA2016-Tome-1.pdf, page 88.

DOCUMENT PROVISOIRE

revenu, adressé à chaque foyer fiscal. Il ne correspond pas exactement au revenu net imposable du foyer, car plusieurs éléments sont ajoutés à ce revenu net, afin de tenir compte des capacités contributives effectives du foyer. Sont ainsi réintégrés certains abattements (par exemple l'abattement de 40 % sur les dividendes), certains revenus exonérés (par exemple les bénéfices exonérés en application des dispositifs « zonés » – zones franches urbaines, zones de revitalisation rurale, etc.), certains revenus exclus du barème mais soumis à un prélèvement forfaitaire libératoire (par exemple les produits des contrats d'assurance-vie).

Parce qu'il donne justement un aperçu assez complet de la capacité contributive réelle, le RFR sert couramment de critère pour déterminer le bénéfice de certains avantages fiscaux et sociaux, et de certaines prestations sociales, recensés dans l'encadré suivant.

Exemples de dispositifs subordonnés à une condition de RFR

En matière d'impôt sur le revenu

– Exonération des plus-values immobilières réalisées par les titulaires de pensions de vieillesse ou de la carte d'invalidité (III de l'article 150 U du code général des impôts)

– Éco-prêt à taux zéro (article 244 *quater* U du même code)

En matière d'impôts locaux

Exonérations, dégrèvements et abattements en matière de taxe d'habitation (3 du II de l'article 1411, articles 1414, 1414 A et 1414 B) et de taxe foncière sur les propriétés bâties (article 1390, 1391, 1391 B, 1391 B *bis* et 1391 B *ter*)

En matière de contributions sociales

Exonération de CSG et de contribution au remboursement de la dette sociale sur les allocations de chômage, pensions de retraite et d'invalidité (article L. 136-2 du code de la sécurité sociale)

En matière de prestations sociales

– Bourses du collège et du lycée (article D 531-4 du code de l'éducation)

– Tarifs de certaines cantines et crèches

– Attribution d'un logement social par un organisme d'habitation à loyer modéré (arrêté du 29 juillet 1987)

– Accès au livret d'épargne populaire (article L. 221-15 du code des marchés financiers)

– Tarif social de l'électricité (décret n° 2004-325 du 8 avril 2004) et tarif spécial de solidarité au gaz naturel (décret n° 2008-778 du 13 août 2008)

Source : Conseil des prélèvements obligatoires, Impôt sur le revenu, CSG – Quelles réformes ?, *février 2015, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150204-rapport-CPO-Impot-CSG-quelles-reformes%20.pdf, page 226*

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le gain de pouvoir d'achat pour de nombreux actifs, permis par cet article, aura mécaniquement pour effet de faire augmenter le RFR des bénéficiaires, toutes choses égales par ailleurs. Cette augmentation pourrait à son tour avoir des répercussions sur le bénéfice de certaines des mesures conditionnées à un niveau donné de RFR.

D. LA « COMPENSATION » DE L'AUGMENTATION SÈCHE DE CSG POUR CERTAINS RETRAITÉS, PAR L'ALLÈGEMENT DE LA TAXE D'HABITATION

1. Une participation renforcée des retraités au financement de la protection sociale, une solidarité assumée entre les générations

Le basculement d'une partie des cotisations sociales salariales vers la CSG produit une catégorie de « perdants » bien identifiés : les personnes titulaires exclusivement de revenus de remplacement soumis au taux normal de CSG, qui subiront une augmentation de taux de 1,7 point sans bénéficier de la réduction de cotisations auxquelles elles ne sont par construction pas assujetties, ces cotisations étant destinés à assurer les actifs contre des risques de nature à les empêcher de gagner leur vie grâce au travail [(1)].

Il s'agit là d'un choix assumé par le Gouvernement, l'étude d'impact indiquant qu' « *à niveau de revenus équivalents et sans tenir compte des cotisations d'assurance chômage et d'assurance vieillesse, le poids des prélèvements sur les pensions de retraite est plus faible que celui s'appliquant aux revenus des actifs, alors même que ces retraités bénéficient d'une protection sociale proche* ».

La même source rappelle que le niveau de vie moyen des retraités est légèrement supérieur à celui de la population générale, en se fondant sur le rapport annuel 2017 du Conseil d'orientation des retraites. Selon ce rapport, la pension moyenne brute des retraités représentait en 2015 52 % du revenu d'activité brut des actifs employés. Ce rapport est porté [(2)] à plus de 66 % si l'on considère les revenus nets des prélèvements sociaux, plus élevés sur les revenus d'activité que sur les pensions. Il est en progression depuis 2010 (moins de 63 %), en raison de l'effet dit de noria : les nouvelles générations de retraités ont un niveau de vie globalement plus élevé que les générations précédentes, auxquelles elles se substituent au moment du décès.

Au-delà des seuls revenus, les comparaisons de niveau de vie tiennent compte de la structure des ménages, qui en modifient les charges ; en substance, le même revenu perçu par un couple d'actifs avec enfants à charge produit un niveau de vie plus faible que le même revenu dans un couple de retraités sans personnes à charge. Il faut préciser au surplus que les indicateurs retenus ne peuvent tenir

(1) Pour les mêmes raisons, les retraités ne sont pas assujettis à la cotisation d'assurance vieillesse.

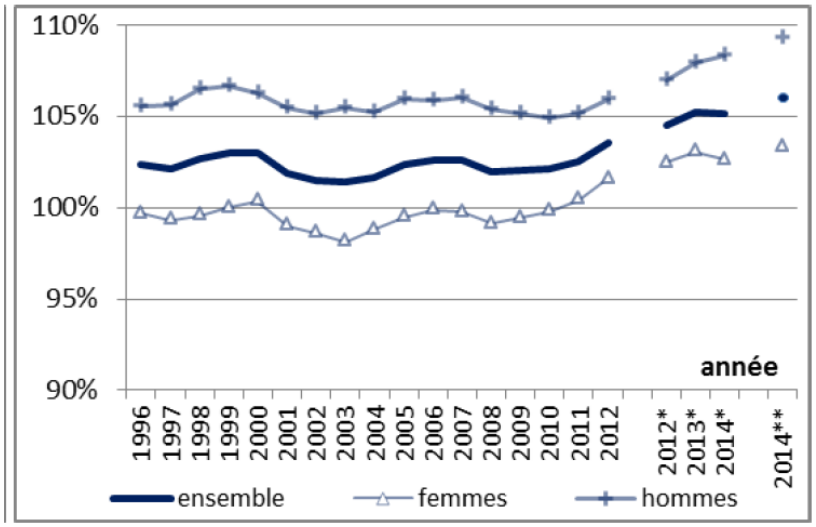
(2) Pour les retraités résidant en France.

DOCUMENT PROVISOIRE

compte, pour des raisons statistiques, du fait que les retraités sont plus souvent propriétaires de leur logement que le reste de la population.

En 2014, le niveau de vie des retraités était légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population : pour une base 100 dans la population générale, le niveau de vie des retraités dépassait 106 %, avec une disparité entre les hommes (109 %) et les femmes (103 %).

NIVEAU DE VIE MOYEN DES RETRAITÉS RAPPORTÉ À CELUI DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION



Les années 2012 à 2014 sont affectées d'une rupture de séries, pour des raisons statistiques exposées dans le rapport-source.

Source : Conseil d'orientation des retraites, Évolutions et perspectives des retraites en France, *juin 2017, http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-4025.pdf, page 89*

2. Des conséquences limitées par la réforme de la taxe d'habitation

● La taxe d'habitation (TH) est due par l'occupant en titre, au 1er janvier, d'un immeuble affecté à l'habitation (principale ou secondaire), qu'il en soit propriétaire ou locataire. La TH est assise sur la valeur locative cadastrale, et son taux est fixé par les collectivités territoriales qui en sont affectataires, à savoir les communes et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Sont exonérés de la TH, notamment, les personnes âgées de plus de 60 ans, dont le RFR de l'année précédente n'excède pas les limites prévues à l'article 1414 du code général des impôts : cette limite est fixée à 10 708 euros par part fiscale (pour un célibataire) et à 16 426 euros pour un foyer composé de deux parts (par exemple un couple).

Pour certains contribuables non exonérés, dans des limites de RFR par part, il existe un mécanisme de plafonnement, dont les modalités de calcul sont complexes : le montant maximum de RFR par part est abattu d'un montant, puis cette différence est affectée d'un coefficient de 3,44 %, et c'est ce produit qui constitue le montant maximum de TH acquittée. Pour une personne seule, le

plafond de RFR est fixé à 25 180 euros, l'abattement à 5 456 euros, soit un plafond de TH de 678,5 euros [(1)].

Aujourd'hui, environ 18 % des foyers, soit 5 millions, ne paient pas de TH : 3,8 millions en sont exonérés, et 1,2 million voient leur cotisation annulée par l'effet du plafonnement.

● L'article 3 du PLF 2018 prévoit, conformément aux engagements du Président de la République, un dégrèvement de TH sur la résidence principale, qui aura pour effet de porter dès 2020 à 80 % la proportion de foyers exonérés (soit 22 millions de foyer) [(2)].

Cet allègement, conditionné à un plafond de RFR fixé à 27 000 euros pour une part, sera échelonné sur trois ans : 30 % en 2018, 65 % en 2019 et enfin 100 % en 2020. En 2018 et 2019, le dégrèvement s'appliquera après le plafonnement, dont les effets seront « écrasés » en 2020, lorsque le dégrèvement prendra son plein effet.

Il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'avoir une répartition fine par catégories de contribuables du gain généré par la mesure, compte tenu essentiellement de la détermination du taux de la TH par les communes et EPCI. Néanmoins, le gain moyen peut être estimé, année par année, en rapportant le coût de la mesure au nombre de bénéficiaires, chiffrés dans l'évaluation préalable annexée à l'article 3 du PLF [(3)] : ce gain moyen serait de 175 euros par contribuable en 2018, 385 euros en 2019 et 590 en 2020.

● Le dégrèvement de TH n'est pas conçu en tant que tel comme une mesure destinée à compenser l'augmentation sèche de CSG pour les retraités assujettis au taux normal ; le Gouvernement indique toutefois dans l'exposé des motifs du présent article que « *la hausse de la CSG sera également compensée dès 2018 par la réduction d'un tiers du montant de la taxe d'habitation au bénéfice de 80 % des foyers, que les personnes soient actives ou retraitées* ».

L'étude d'impact développe un exemple, celui d'un retraité de plus de 65 ans dont le montant de RFR 2016 s'élève à 15 000 euros, et la pension mensuelle nette à environ 1 445 euros. La hausse de CSG réduira cette pension à hauteur de 27 euros par mois (324 euros par an). Mais ce retraité bénéficiera d'une réduction moyenne de sa TH de 144 euros en 2018 (12 euros par mois), 300 euros en 2019 (25 euros par mois) et 445 euros à horizon 2020 (soit 37 euros par mois). Au final, le revenu net mensuel sera augmenté de 10 euros.

---

(1) Soit 3,44 % de (25 180 – 5 456).

(2) Pour plus de détails, on se reportera utilement au commentaire de cet article par le rapporteur général de la Commission des finances : rapport précité, pages 75 à 146 (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0273-tII.pdf).

(3) Coût moyen = 3 milliards d'euros en 2018, 6,5 milliards en 2019 et 10 milliards en 2020 ; nombre de bénéficiaires = 17 millions de foyers.

DOCUMENT PROVISOIRE

● L’inventaire casuistique de toutes les situations étant en pratique impossible, le tableau suivant résume les principaux effets de la hausse de CSG et du dégrèvement de TH à horizon 2020, en fonction des seuils « critiques » de RFR. Il se concentre sur les retraités de plus de 65 ans, les plus nombreux. Il est précédé d’un encadré précisant la méthodologie retenue.

Éléments méthodologiques

Quel que soit leur âge, les retraités bénéficient, pour l’établissement de leur revenu soumis à l’IR, d’un abattement de 10 % sur leur pension. Cela explique que le niveau de pension mensuel permettant de respecter les seuils de RFR ouvrant droit aux régimes de faveur de TH et de CSG ne soit pas égal au douzième du RFR. Pour obtenir le revenu mensuel net permettant de respecter un seuil de RFR, il faut en effet diviser ledit seuil par 0,9 – pour tenir compte de l’abattement de 10 %, inclus dans le RFR mais par définition pas dans le revenu net –, puis diviser le montant ainsi produit par 12. Ainsi, un retraité de 64 ans percevant une pension mensuelle de 991 euros (soit 11 898 euros par an) est éligible à l’exonération de TH, conditionné à un seuil de RFR par part de 10 708 euros (car [10 708 / 0,9] / 12 = 991,5).

Les retraités de plus de 65 ans bénéficient en outre d’un abattement spécifique sur leur revenu net, de 2 352 euros pour les revenus n’excédant pas 14 750 euros, et de 1 176 euros pour les revenus compris entre 14 750 et 23 760 euros. Ainsi, un retraité de 66 ans percevant une pension mensuelle de 1 209 euros (soit 14 511 euros par an) est éligible à l’exonération de TH : au seuil de RFR de 10 708 euros, à diviser par 0,9, il faut en effet ajouter 2 352 euros ([[10 708 + 2 352] / 0,9] / 12 = 1209).

En intégrant ces spécificités, le tableau suivant compare donc la situation des retraités de plus de 65 ans aujourd’hui et en 2020, en articulant les effets de l’augmentation de la CSG et les effets de la réduction de la TH.

DOCUMENT PROVISOIRE

ARTICULATION DES RÉFORMES DE LA CSG ET DE LA TH POUR LES RETRAITÉS

		Situation actuelle		Situation après réforme en 2020	
Seuils de RFR	**Niveau de pension**	**TH acquittée**	**Taux de CSG**	**TH acquittée**	**Taux de CSG**
RFR ≤ 10 708 euros	Pension ≤ 1 209 euros	0	0 %	0	0 %
10 708 euros < RFR ≤ 10 996 euros	1 209 euros < Pension ≤ 1 236 euros	TH plafonnée	0 %	0	0 %
10 996 euros < RFR ≤ 14 375 euros	1 236 euros < Pension ≤ 1 440 euros	TH plafonnée	3,8 %	0	3,8 %
14 375 euros < RFR ≤ 25 180 euros	1 440 euros < Pension ≤ 2 331 euros	TH plafonnée	6,6 %	0	8,3 %
25 180 euros < RFR ≤ 27 000 euros	2 331 euros < Pension ≤ 2 500 euros	TH intégrale	6,6 %	0	8,3 %
RFR > 27 000 euros	Pension > 2 500 euros	TH intégrale	6,6 %	TH intégrale	8,3 %

Seuil de RFR (de l'année N-2) conditionnant l'exonération de TH = 10 708 euros
Seuil de RFR conditionnant l'exonération de CSG = 10 996 euros
Seuil de RFR conditionnant le taux réduit de CSG à 3,8 % = 14 375 euros
Seuil de RFR conditionnant le plafonnement de la TH = 25 180 euros
Seuil de RFR conditionnant l'exonération de TH dans le PLF = 27 000 euros
Source : Commission des finances (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0273-tII.pdf, page 119).

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le tableau suivant s’essaie à un bilan, pour les principales catégories de revenus, des effets de la bascule proposée par cet article, tenant le cas échéant compte de la réduction de la TH.

DOCUMENT PROVISOIRE

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES « GAGNANTS » ET DES « PERDANTS » À LA RÉFORME

Catégorie de revenus	Évolution du taux de CSG (en %)	Suppression des cotisations maladie et chômage (3,15 points)	Autres mesures de compensation de l'augmentation des taux de CSG	Bilan hors réduction de la TH	Effets de la réduction de la TH (pour les catégories subissant sans cela une augmentation sèche de CSG)
Salaires du secteur privé	7,5 → 9,2	Oui	Non	Gain	Sans objet
Revenus d'activité des indépendants	7,5 → 9,2	Non	Réduction de 2,15 points de la cotisation familiale = compensation stricte de l'augmentation de CSG, pour tous les indépendants Réduction de 1,5 point supplémentaire de la cotisation maladie pour les indépendants dont les revenus d'activité n'excèdent pas 1,1 PASS = gain net, pour 75 % des indépendants	75 % = gain 25 % = stricte compensation	Sans objet
Traitements des fonctionnaires	7,5 → 9,2	Non	Suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité = 1 % du revenu, mais sur une assiette moins large que la CSG	Perte en l'état, dans l'attente de mesures de compensation supplémentaires annoncées par le Gouvernement	Sans objet, du fait de la compensation annoncée par le Gouvernement
Retraites assujetties au taux normal de CSG	6,6 → 8,3	Non	Non	Perte	TH réduite pour les RFR ≤ 27 000 euros = compensation, au moins partielle, à horizon 2020 RFR ≥ 27 000 euros = perte nette
Retraites assujetties au taux réduit de CSG	3,8 → 3,8	Non	Non	Neutre	TH plafonnée aujourd'hui → TH nulle après réforme = gain à horizon 2020
Retraites exonérés de CSG	0 → 0	Non	Non	Neutre	Sans objet, car exonération de TH dans la généralité des cas aujourd'hui, maintenue après réforme

Source : Commission des affaires sociales.

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE II
Mesures en faveur de l'emploi et des entrepreneurs

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

Cet article met en œuvre un engagement du Président de la République, destiné à simplifier les mécanismes de réduction du coût du travail, et à amplifier cette réduction pour les niveaux de salaire les plus faibles.

Deux dispositifs principaux coexistent aujourd'hui :

– l'allègement général de cotisations patronales de sécurité sociale, dégressif pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,6 SMIC ;

– le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), assis au taux de 7 % sur les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC, qui réduit l'impôt sur les bénéfices.

Le CICE, s'il a contribué au redressement des marges des entreprises depuis son entrée en vigueur en 2013, est plus complexe qu'un allègement de charges patronales, et surtout ses effets sont décalés dans le temps, puisqu'il est en général perçu entre un et quatre ans après le versement des salaires (l'allègement étant pour sa part contemporain du versement des salaires).

À compter du 1er janvier 2019, le CICE sera supprimé ; cette suppression est prévue à l'article 42 du projet de loi de finances pour 2018. Il sera remplacé par des allègements de charges supplémentaires, prévus par le présent article, sous deux formes :

– une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation patronale maladie sur les salaires jusqu'à 2,5 SMIC, soit une sorte « d'équivalent-CICE », dont le taux sera ramené à 6 % en 2018 ;

– un renforcement de l'allègement général, par une réduction de près de 10 points des charges au niveau du SMIC (4 points nets des 6 points de la réduction forfaitaire maladie, qui s'imputera avant). C'est en effet à ce niveau que les allègements sont réputés les plus créateurs d'emploi.

Pour ce faire, compte tenu du niveau déjà relativement faible des charges en bas de l'échelle des rémunérations, cet article prévoit ce qui apparaît comme une nouveauté dans le paysage de la réduction du coût du travail, à savoir un allègement des cotisations patronales de chômage et de retraite complémentaire. L'article prévoit d'ailleurs diverses mesures de coordination entre les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), qui recouvre l'essentiel des cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général, et les fédérations AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) et ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire), qui continueront de recouvrer les cotisations de retraite complémentaire.

DOCUMENT PROVISOIRE

Figure également dans le texte un dispositif prévisionnel de compensation à l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC) et à l'AGIRC-ARRCO des pertes de recettes, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ; ce dispositif sera amené à évoluer après des discussions engagées sur cette question en 2018.

La suppression du CICE – et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires, son équivalent pour les organismes non lucratifs – rapportera environ 23 milliards d'euros au budget de l'État ; le renforcement des allègements de charges en coûtera un peu moins de 25 aux organismes de sécurité sociale.

Les charges sociales étant déductibles de l'assiette soumise à l'impôt sur les bénéfices, leur réduction massive par cet article aura pour effet d'accroître la base imposable, et donc *in fine* de réduire le soutien public à l'abaissement du coût du travail.

Mais cet « effet retour » sera plus que compensé à horizon 2022 par les mesures d'allègement de la fiscalité des entreprises prévues par le Gouvernement, notamment la réduction du taux de l'impôt sur les sociétés.

En 2019, année de mise en place des nouveaux allègements, les entreprises éligibles continueront de bénéficier en outre du CICE acquis au titre des exercices antérieurs, notamment 2018. Ce « coût double » assumé par l'État apportera un soutien sans précédent aux employeurs de notre pays.

Le commentaire de cet article commence par présenter les deux principaux dispositifs de soutien public à la réduction du coût du travail : l'allègement général de cotisations patronales pour les salaires compris entre 1 et 1,6 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC), renforcé en 2014 dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité ; le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), créé fin 2012, qui réduit de 7 % le coût du travail jusqu'à 2,5 SMIC.

Puis il présente le dispositif proposé par le Gouvernement, en compensation de la suppression du CICE par le projet de loi de finances (PLF) pour 2018 : réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie, sur la même assiette que le CICE, et nouvel élargissement du champ de l'allègement général, en réduisant les cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Il consacre également un développement aux nouvelles relations prévues entre réseaux de recouvrement, pour assurer une interprétation harmonieuse de la législation relative à l'allègement général, ainsi qu'au mécanisme de compensation par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) des pertes de recettes pour l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire.

Enfin, le commentaire essaie de dessiner les principaux effets de la « bascule » proposée par le Gouvernement, au-delà de l'effet de soutien massif en 2019, année de coexistence des nouveaux allègements et du CICE acquis au titre de 2018 et des années antérieures.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL ET LE CICE SONT LES DEUX PRINCIPAUX OUTILS DE RÉDUCTION DU COÛT DU TRAVAIL.

Afin de restaurer la compétitivité des entreprises françaises, dans un contexte international de plus en plus concurrentiel, mais également de soutenir l'emploi, face à un taux de chômage élevé, une politique de réduction du coût du travail a été lancée au début des années 1990, et sans cesse approfondie depuis ; deux outils principaux sont au service de cette politique.

A. L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL DE COTISATIONS PATRONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE

● La politique d'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale a été initiée au début des années 1990, poursuivant un objectif de réduction du coût du travail. Elle s'est poursuivie à la suite de la mise en place de la semaine de 35 heures, afin d'en compenser le surcoût pour les employeurs (les 35 heures hebdomadaires étant rémunérées à hauteur des 39 heures qui constituaient antérieurement la durée légale). Plusieurs dispositifs d'allègements ont coexisté jusqu'à ce que la loi du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi [(1)] les fusionne en un allègement général, parfois dit « Fillon ».

● Codifié à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, l'allègement général bénéficie :

– aux employeurs tenus de cotiser au régime d'assurance chômage [(2)] ;

– aux entreprises inscrites au répertoire national des entreprises contrôlées majoritairement par l'État [(3)], aux établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités territoriales, aux sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire [(4)] ;

– aux employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines, et des clercs et employés de notaires.

Sont exclus les particuliers employeurs et les employeurs relevant des régimes spéciaux, à l'exception de ceux précédemment cités ; sont ainsi exclus les employeurs publics (État, collectivités territoriales, hôpitaux, en particulier).

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Article 9 de la loi n° 2003-47.

(2) Obligation posée par l'article L. 5422-13 du code du travail.

(3) https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1259

(4) Employeurs mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail.

● L'allègement général [1] prend la forme d'une réduction dégressive des cotisations patronales, maximale au niveau du SMIC et s'annulant lorsque la rémunération atteint 1,6 SMIC.

Le SMIC est calculé de la manière suivante :

– prise en compte du SMIC annuel. L'annualisation du calcul de l'allègement général, antérieurement calculé sur une base horaire puis mensuelle, a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 [2] ; elle a permis de rendre équivalent, à rémunérations annuelles identiques, le montant de la réduction sur une année quelle que soit la manière dont la rémunération est répartie sur l'année, c'est-à-dire qu'elle soit lissée sur 12 mois ou qu'elle soit irrégulière, sous la forme de primes ou de treizième mois, par exemple [3] ;

– sur la base de la durée légale du travail (35 heures par semaine, dans la généralité des cas, soit 1 607 heures par an en tenant compte notamment des cinq semaines légales de congés payés) ;

– cette durée étant augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. En pratique, pour déterminer si un niveau donné de rémunération est éligible à l'allègement général, il faut comparer le montant versé au salarié (avec prise en compte des majorations) et le plafond légal (sans prise en compte des majorations) ; les rémunérations éligibles entrent alors dans le champ de l'allègement pour l'intégralité de leur montant, majoration comprise [4] ;

– pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire 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 (prise en compte au *prorata*, donc) [5].

---

(1) Qui en principe n'est cumulable avec aucun autre dispositif d'allègement.

(2) Article 12 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010.

(3) L'annualisation a conduit à la mise en place d'un mécanisme de régularisation en fin d'année : la réduction reste en effet calculée, et les cotisations dues, chaque mois ou chaque trimestre (comme c'est la règle usuelle en matière de cotisations sociales) ; en revanche, le calcul annuel qui intervient en fin d'année peut donner lieu à une moindre réduction sur l'année qui doit donc, le cas échéant, faire l'objet d'une régularisation.

(4) Concrètement, la rémunération d'un salarié percevant 2,4 SMIC dont 0,1 au titre d'heures supplémentaires entre dans l'assiette pour sa totalité, et pas seulement pour 2,3 SMIC. Pour plus d'informations, on se reportera utilement au Bulletin officiel des finances publiques définissant l'assiette du CICE, identique à celle de l'allègement général : http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/8431-PGP.html?identifiant=BOI-BIC-RICI-10-150-20-20170301, § 30.

(5) Ainsi, pour un salarié employé à 80 % de la durée légale du travail, le plafond au-delà duquel le salaire ne sera pas éligible à la réduction est égal à 80 % du plafond calculé pour un salarié à temps complet.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Avant l'entrée en vigueur de l'article 2 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2014 [1], seules les cotisations de sécurité sociale proprement dites [2] étaient concernées par l'allègement général, à l'exclusion des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) : maladie, maternité, invalidité et décès [3] ; famille ; vieillesse.

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

– aux cotisations AT-MP, dans des conditions particulières liées à la nature de ce risque. Dans une logique de responsabilisation des employeurs, les salariés ne sont assujettis à aucune cotisation pour la couverture de ce risque ; dans la même logique, les cotisations AT-MP – exclusivement patronales, donc – n'étaient pas dans le champ de l'allègement général. Le VIII de l'article L. 241-13, dans sa rédaction issue de la LFRSS 2014, prévoit que l'allègement général ne s'impute sur la cotisation AT-MP que si son montant est trop élevé pour être « absorbé » par les autres cotisations et contributions dans le champ de l'allègement ; au surplus, cette imputation n'est possible que dans la limite d'un plafond, correspondant à la cotisation « socle », dont s'acquittent tous les employeurs indépendamment de leur taux propre de sinistralité. La logique préventive de la cotisation AT-MP aboutit en effet à ce que le taux de cotisation soit une fonction croissante des risques encourus par les salariés ; mais même les employeurs n'ayant constaté aucun sinistre s'acquittent d'une sorte de cotisation minimale, estimée à 0,9 % environ ;

– à la contribution des employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL), prévue par l'article L. 834-1 du code de la sécurité sociale. Cette contribution, destinée au financement de l'allocation de logement sociale, frappe distinctement les employeurs : dans la généralité des cas, elle est assise sur la totalité des rémunérations versées, au taux de 0,5 % ; les employeurs occupant moins de 20 salariés, l'essentiel des exploitants agricoles et les coopératives agricoles s'acquittent d'une contribution de 0,1 % seulement, et de surcroît sur une assiette limitée au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) [4], quel que soit le niveau de la rémunération versée ;

– à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), prévue par le 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles. Cette contribution frappe au taux de 0,3 % la même assiette que les cotisations patronales de sécurité sociale, et son produit est affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

---

(1) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014.

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

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

(4) 39 228 euros en 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le montant de l'allègement général est égal au produit de la rémunération annuelle brute et d'un coefficient, lui-même fonction du rapport entre la rémunération annuelle brute du salarié [(1)] et le SMIC. La valeur maximale du coefficient – au niveau du SMIC, donc – est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général [(2)] ; elle décroît pour s'annuler à 1,6 SMIC.

La formule précise de calcul du coefficient est définie à l'article D. 241-7 :

– pour les employeurs redevables de la contribution FNAL au taux de 0,1 %, coefficient = [0,2809/0,6] X [1,6 X (SMIC annuel/rémunération annuelle brute) – 1] ;

– pour les employeurs redevables de la cotisation FNAL au taux de 0,5 %, coefficient = [0,2849/0,6] X [1,6 X (SMIC annuel/rémunération annuelle brute) – 1].

La valeur maximale du coefficient est fonction du taux global des cotisations et contributions qui se trouvent dans le champ de l'allègement général, dont la composition est détaillée dans le tableau suivant.

TAUX DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS DANS LE CHAMP ACTUEL DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL

Cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général	Taux applicables aux employeurs soumis à une contribution FNAL de 0,5 %	Taux applicables aux employeurs soumis à une contribution FNAL de 0,1 %
Cotisation maladie	12,89 %	12,89 %
Cotisation famille*	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée**	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée***	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,9 %	0,9 %
Contribution FNAL	0,5 %	0,1 %
CSA	0,3 %	0,3 %
TOTAL	**28,49 %**	**28,09 %**

* Le taux normal de la cotisation famille est de 5,45 %. Mais l'article 2 de la LFRSS 2014 a institué une réduction forfaitaire de 1,8 point de cette cotisation, pour les salaires n'excédant pas 1,6 SMIC. L'article 7 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a étendu jusqu'à 3,5 SMIC l'assiette des rémunérations éligibles à cette réduction, dans le cadre de la deuxième phase du Pacte de responsabilité et de solidarité. Cette réduction s'impute prioritairement à l'allègement général : cela signifie que celui-ci ne porte plus que sur les 3,45 points restant après la réduction forfaitaire de 1,8 point du taux normal de 5,25 points (qui continue de s'appliquer pour les rémunérations excédant 3,5 SMIC). L'existence de cette réduction forfaitaire explique que le montant de l'allègement ne soit pas nul lorsque la rémunération atteint 1,6 SMIC ; en effet, à partir de ce seuil au-delà duquel l'allègement général cesse de s'appliquer, la réduction forfaitaire « prend le relais », en quelque sorte (cf. graphiques *infra*).

** Taux applicable à la fraction des rémunérations n'excédant pas le PASS.

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

Source : Commission des affaires sociales.

(1) Définie à l'article L. 242-1.

(2) Cette formulation habile permet de tenir compte des évolutions de taux, intervenant par voie réglementaire, sans avoir à modifier la loi ; antérieurement à la LFRSS 2014, la valeur maximale du coefficient était fixée dans la loi.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le tableau suivant décline, en fonction du SMIC, le taux d'allègement général et le montant correspondant (après prise en compte de la réduction forfaitaire de cotisation famille).

MONTANT ANNUEL DE L'ALLÉGEMENT ACTUEL DE COTISATIONS EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION

Rémunération brute en SMIC	Entreprises soumise à une contribution FNAL de 0,5 %		Entreprises soumise à une contribution FNAL de 0,1 %	
	Taux d'allègement général	Montant annuel de l'allégement *(en euros)*	Taux d'allègement général	Montant annuel de l'allégement *(en euros)*
1	28,49 %	5 060,7	28,09 %	4 989,6
1,1	21,58 %	4 217,2	21,28 %	4 158
1,2	15,83 %	3 373,8	15,6 %	3 326,4
1,3	10,96 %	2 530,3	10,8 %	2 494,8
1,4	6,78 %	1 686,9	6,67 %	1 663,2
1,5	3,6 %	843,4	3,12 %	831,6
1,59	0,3 %	84,3	0,29 %	83,2

Source : Commission des affaires sociales.

● L'allègement général concerne 11 millions de salariés et 1,8 million d'employeurs, pour un coût de 21,8 milliards d'euros. La réduction forfaitaire de la cotisation familiale, qui touche le même public, coûte 6,5 milliards d'euros.

B. LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR LA COMPÉTITIVITÉ ET L'EMPLOI

1. Un crédit d'impôt destiné à alléger le coût du travail

● Le CICE a été créé par amendement gouvernemental au troisième projet de loi de finances rectificative pour 2012, devenu l'article 66 de la loi [(1)]. Codifié à l'article 244 *quater* C du code général des impôts, il est entré en vigueur le 1er janvier 2013.

● Le CICE est ouvert aux entreprises imposées d'après leur bénéfice réel, qu'elles soient assujetties à l'impôt sur les sociétés (IS) ou à l'impôt sur le revenu (IR). Peuvent également en bénéficier, par exception, certaines entreprises exonérées temporairement d'impôt sur les bénéfices, au titre de la nature de leur activité (jeunes entreprises innovantes, par exemple, en application de

(1) Loi n° 2012-1510 du 29 décembre 2012 de finances rectificative pour 2012.

DOCUMENT PROVISOIRE

l'article 44 *sexies* A du code général des impôts) ou de leur implantation géographique (dans les bassins d'emploi à redynamiser, par exemple, en application de l'article 44 *duodecies*).

● Le CICE est assis sur les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC, définies par renvoi à l'assiette des cotisations sociales, identique donc à elle de l'allègement général.

● Le taux du CICE, fixé à 4 % pour 2013, a été porté à 6 % pour les rémunérations versées entre 2014 et 2016, puis à 7 % en 2017. L'article 42 du PLF 2018 ramène le taux à 6 % en 2018. Depuis 2015, le taux est majoré pour les salaires versés dans exploitations situées dans les départements d'outre-mer : 7,5 % en 2015, 9 % depuis 2016.

● Le CICE s'impute sur l'impôt dû par le contribuable au titre de l'année de versement des rémunérations, sachant que l'impôt dû au titre d'une année N est définitivement liquidé en N+1. Si le montant de CICE montant excède celui de l'impôt dû, l'excédent est utilisé pour payer l'impôt des trois années suivantes, et c'est seulement à l'expiration de cette période que l'éventuel solde de créance est remboursé. Cela signifie concrètement qu'une créance née en 2014 au titre des rémunérations servies en 2013 peut « vivre » jusqu'en 2017 si son montant excède l'impôt dû au titre des exercices 2014 à 2016.

Exemple d'imputation de droit commun du CICE

Une entreprise bénéficie au titre de l'année 2013 d'un CICE de 100. Au titre de la même année, son impôt sur les bénéfices est de 50. En 2014, cette entreprise n'a donc pas à décaisser pour payer son impôt, et se trouve même créancière de l'État à hauteur de 50.

Au titre de 2014, son impôt est de 20. Elle s'en acquitte en 2015 en mobilisant une fraction de sa créance, dont le solde est donc de 30 (soit 50 de créance – 20 d'impôt).

Au titre de 2015, son impôt est de 10, ce qui laisse subsister en 2016 une créance de 20 (soit 30-10).

En 2016, son impôt est à nouveau de 10. La fraction de créance qui subsiste après paiement de l'impôt en 2017, à savoir 10 (soit 20-10) est alors remboursée par l'État à l'entreprise.

Certaines entreprises, auxquelles il apparaît prioritaire d'apporter un soutien accru, peuvent bénéficier d'un remboursement immédiat de leur créance : petites et moyennes entreprises, entreprises nouvelles (pendant cinq ans), jeunes entreprises innovantes, entreprises en difficulté (notamment en cas de redressement judiciaire).

● Par ailleurs, afin de permettre aux entreprises de commencer à bénéficier du CICE sans le décalage d'un an inhérent à la liquidation de l'impôt, un mécanisme original de préfinancement a été mis en place, permettant de céder à un établissement de crédit la créance « en germe », dans la limite de 85 % du

DOCUMENT PROVISOIRE

montant estimé et moyennant rétribution de l'établissement. Bpifrance est un acteur majeur du préfinancement, en accordant directement des lignes de crédit ou en fournissant une garantie à l'établissement bancaire privé.

● La loi ne fixe aucune condition spécifique à l'obtention du CICE, mais elle en définit les objectifs et prévoit, de manière déclarative, les usages contraires à l'esprit du législateur. Ainsi, l'article 244 *quater* C dispose que le CICE a pour objet « *le financement de l'amélioration de* [la] *compétitivité* [des entreprises] *à travers notamment des efforts en matière d'investissement, de recherche, d'innovation, de formation, de recrutement, de prospection de nouveaux marchés, de transition écologique et énergétique et de reconstitution de leur fonds de roulement* » ; à l'inverse, il ne peut « *ni financer une hausse de la part des bénéfices distribués, ni augmenter les rémunérations des personnes exerçant des fonctions de direction dans l'entreprise* ».

● La loi a en outre créé un comité de suivi du CICE, chargé de publier un rapport annuel faisant état des évaluations réalisées et des effets constatés (cf. *infra*). Présidé par une personnalité nommée par le Premier ministre, le comité est composé de deux députés et deux sénateurs (dont deux d'opposition) et, à parts égales, de représentants des partenaires sociaux et des administrations compétentes.

● Du fait de ses modalités d'imputation, le coût du CICE est différent en comptabilité nationale et en comptabilité budgétaire : la première est une comptabilité d'engagement, qui enregistre les droits constatés au titre d'une année, même s'ils ne sont pas exigibles immédiatement ; la seconde est une comptabilité de caisse, qui enregistre les flux d'une année donnée, en l'espèce les imputations et restitutions. Comme l'illustre le tableau suivant, le coût annuel en comptabilité nationale est donc toujours plus élevé que le coût en comptabilité budgétaire.

ÉVOLUTION DU COÛT DU CICE

(en milliards d'euros)

Année	2014	2015	2016	2017	2018
Coût en comptabilité nationale	10,2	17,6	18,4	19,2	22,8
Coût en comptabilité budgétaire	6,6	12,5	12,9	16,5	21

Source : rapport 2017 du comité de suivi du CICE
http://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-2017-comite-de-suivi-credit-dimpot-competitivite-lemploi

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Le crédit d'impôt de taxe sur les salaires, « double » du CICE pour le secteur non lucratif

La loi de finances pour 2017 [(1)] a par ailleurs instauré un crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), au profit des organismes du secteur non lucratif qui ne pouvaient par construction pas bénéficier du CICE, faute d'être assujettis à l'impôt sur les bénéfices. Mais ces organismes pouvaient en revanche se trouver en concurrence, dans leur secteur d'activité, avec des entreprises commerciales en bénéficiant.

L'article 231 A du code général des impôts rend donc ces organismes (associations, fondations reconnues d'utilité publique, syndicats, mutuelles, notamment) éligibles à un crédit d'impôt dont le modèle est calqué sur celui du CICE, mais qui réduit la taxe sur les salaires, au taux de 4 %. Ces organismes ont en effet pour particularité de ne pas être assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ; le défaut d'assujettissement à la TVA entraîne mécaniquement assujettissement à la taxe sur les salaires, outil en l'espèce commode pour alléger le coût du travail.

3. Des résultats positifs, mais des critiques persistantes

● Selon les données figurant dans le dernier rapport du comité de suivi du CICE, rendu public le 4 octobre dernier, la somme des créances enregistrées au 5 août 2017 s'élevaient à plus de 62 milliards depuis 2013, dont plus de 42 milliards consommés, et près de 11 milliards préfinancés.

Le CICE bénéficie prioritairement, en volume, aux grandes entreprises et aux petites et moyennes entreprises ; les micro-entreprises sont, numériquement, les plus représentées.

DOCUMENT PROVISOIRE

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

RÉPARTITION DE LA CRÉANCE DE CICE 2016 DES REDEVABLES À L'IS SELON LES CATÉGORIES D'ENTREPRISES (AU 5 AOÛT 2017)

	Bénéficiaires	**Montant des créances** *(en milliards d'euros)*
Micro-entreprises	446 069	1,6
Petites et moyennes entreprises	120 353	4,6
Entreprises de taille intermédiaire	4 644	3,3
Grandes entreprises	253	4,8
Total	**571 319**	**14,3**

Source : rapport 2017 du comité de suivi du CICE, précité.

Les secteurs les plus représentés dans l'assiette du CICE sont le commerce (plus de 19 %), l'industrie (près de 19 % également) et les services (plus de 16 %).

● Malgré la relative jeunesse du dispositif, le CICE a commencé à produire des effets tangibles :

– le taux de marge des entreprises – qui rapporte l'excédent brut d'exploitation à la valeur ajoutée – a progressé de deux points entre son plus bas niveau, atteint en 2013 (29,9 %) et 2016 (31,9 %) ;

– sans certitude, le comité de suivi estime à environ 100 000 le nombre d'emplois créés ou sauvegardés grâce au CICE, ce qui est loin d'être négligeable.

En revanche, le même comité constate l'absence d'impact du CICE sur l'investissement, la recherche et les exportations. Ce constat n'est toutefois pas jugé comme surprenant, compte tenu du délai relativement court qui s'est écoulé depuis l'instauration du dispositif.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, la combinaison du CICE, du CITS et des mesures du Pacte de responsabilité relatives aux cotisations sociales patronales (réduction forfaitaire de la cotisation maladie et renforcement de l'allègement général) aurait permis de réduire les charges de 5 % au niveau du salaire moyen et de 25 % au niveau du SMIC.

● Le CICE souffre fondamentalement, depuis sa création, de critiques récurrentes, liées à sa nature même :

– une perception décalée dans le temps, *a fortiori* pour les entreprises non éligibles au remboursement immédiat de la créance ;

– une mécanique de ce fait assez complexe, impliquant éventuellement de recourir à un préfinancement assorti d'un coût ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– des craintes, sans doute dissipées par le passage du temps, de contrôles renforcés de l'administration fiscale, compte tenu notamment de la fixation dans la loi d'objectifs, pourtant non contraignants.

L'étude d'impact constate qu'environ 10 % des bénéficiaires potentiels du CICE n'y ont pas recours, ce qui pourrait s'expliquer par les éléments qui viennent d'être cités. La transformation du CICE en allègements de charges devrait permettre de remédier à cette situation.

II. CET ARTICLE RENFORCE LES ALLÈGEMENTS DE CHARGES SOCIALES, JUGÉS PLUS EFFICACES QUE LE CICE, SUPPRIMÉ PAR LE PROJET DE LOI DE FINANCES POUR 2018.

Les articles 42 et 43 du PLF suppriment, respectivement, le CICE et le CITS. En compensation, cet article instaure une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation patronale maladie (équivalente au CICE, dont le taux est ramené à 6 % en 2018 par l'article 42 du PLF) et d'une extension du champ des charges prises en compte dans l'allègement général.

Cette « bascule » poursuit un triple objectif :

– supprimer le décalage temporel entre le versement des rémunérations et l'allègement du coût du travail ;

– ce faisant, rendre plus lisible le dispositif de soutien public à la réduction du coût du travail, en évitant cette forme détour conceptuel que constituent les crédits d'impôt assis sur la masse salariale (CICE et CITS) ;

– renforcer l'allègement au voisinage du SMIC, l'effet sur la création d'emploi étant maximisé à ce niveau de revenu.

A. UNE RÉDUCTION DE 6 POINTS DE LA COTISATION MALADIE PATRONALE : UN « ÉQUIVALENT-CICE »

Le **1°** du **I** du présent article insère un nouvel article L. 241-2-1 dans le code de la sécurité sociale. Ce nouvel article réduit de 6 points le taux de certaines cotisations patronales de sécurité sociale au titre des salariés dont la rémunération n'excède pas 2,5 SMIC, pour les employeurs éligibles à l'allégement général [(1)].

*(1) Le **III** du présent article rend cette réduction applicable aux salaires agricoles : l'article L. 741-1 du code rural et de la pêche maritime, qui prévoit les modalités de fixation des taux des cotisations agricoles, est modifié pour renvoyer au nouvel article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale.*

DOCUMENT PROVISOIRE

Les cotisations dont le taux est réduit sont celles mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2, à savoir les cotisations maladie dues par les employeurs (1) du régime général.

Ces cotisations – comme du reste l'ensemble des cotisations de sécurité sociale proprement dites – sont assises sur tous les avantages consentis aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail (salaires, bien évidemment, mais également indemnités, primes gratifications, avantages en nature, etc.). L'assiette est donc la même que celle du CICE et de l'allègement général.

Le taux de cotisation, fixé par voie réglementaire selon la règle habituelle, était de 12,89 % en 2017 ; il sera donc ramené à 6,89 %.

L'étude d'impact chiffre à 21,6 milliards d'euros le coût de cette nouvelle réduction.

B. L'EXTENSION DU CHAMP DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL

1. L'inclusion des cotisations patronales de retraite complémentaire et d'assurance chômage

a. Le dispositif juridique

Le ***a)*** du **2°** du **I** réécrit le I de l'article L. 241-13, qui dresse la liste des cotisations patronales faisant l'objet d'une réduction dégressive lorsqu'elles sont assises sur des salaires inférieurs à 1,6 SMIC.

Le présent article ajoute à cette liste (2) :

– les cotisations patronales au titre des régimes de retraite complémentaire AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres), ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire) et AGFF (Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO). Il s'agit des régimes de retraite légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, institués par accord national interprofessionnel (ANI) et mis en œuvre par des institutions de retraite complémentaire regroupées en fédérations (cf. encadré suivant) ;

– les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage. Prévue à l'article L. 5422-9 du code du travail, la cotisation chômage

---

(1) En l'état du droit, le 1° du II de l'article L. 241-2 mentionne également la cotisation maladie supportée par les salariés, mais celle-ci est supprimée à compter du 1er janvier 2018 par l'article 7 du présent projet de loi (cf. commentaire supra*) : seules les cotisations patronales sont donc visées ici.*

(2) L'article procède par ailleurs à une légère modification rédactionnelle, visant « les contributions mentionnées à l'article L. 834-1 *» et non plus «* la contribution *».*

DOCUMENT PROVISOIRE

des employeurs frappe au taux de 4,05 % la même assiette que celle des cotisations de sécurité sociale [1], plafonnée à 4 PASS.

Il s'agit là d'une nouveauté dans le paysage des allègements de charges sociales patronales, qui jusqu'alors n'avaient jamais porté sur les cotisations de retraite complémentaire ni sur les cotisations chômage.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) *L'assiette et le taux étant définis à l'article 49 du règlement annexé à la dernière convention dite « UNÉDIC » (Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce), du nom de l'association gestionnaire du régime d'assurance chômage pour le compte des partenaires sociaux (employeurs et salariés), signataires de la convention :* https://www.unedic.org/sites/default/files/regulations/TXT-RG-1496160239784.pdf

Contributions finançant l'AGIRC et l'ARRCO

En application de l'article L. 921-1 du code de la sécurité sociale, tous les salariés du régime général doivent être affiliés à un régime complémentaire de retraite, complétant les prestations servies par la branche vieillesse du régime général.

Les deux régimes obligatoires sont :

– l'ARRCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés). Créé par l'accord collectif du 8 décembre 1961, ce régime concerne les salariés non-cadres et les cadres pour la première tranche de leur rémunération* ;

– l'AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres). Créé par la convention collective du 14 mars 1947, ce régime concerne les deuxième et troisième tranches de rémunération des cadres.

L'AGIRC et l'ARRCO sont financées par des cotisations de retraite, dont l'assiette est dans la généralité des cas celle des cotisations de sécurité sociale.

Deux tranches sont distinguées pour les cotisations des non-cadres à l'ARRCO : la tranche 1 jusqu'à 1 PASS et la tranche 2 entre 1 et 3 PASS.

Seule la tranche 1 des salaires des cadres est assujettie aux cotisations ARRCO.

Le taux ARRCO varie en fonction de la tranche : 6,2 % sur la tranche 1 et 16,2 % sur la tranche 2.

La cotisation ARRCO est en réalité appelée sur 125 % de son assiette, ce qui porte les taux effectifs à 7,75 et 20,25 % ; les prestations, elles demeurent servies sur une base 100.

La charge de la cotisation est en principe répartie à 60/40 entre l'employeur et le salarié : les taux employeur sont donc de 4,65 % sur la tranche 1 et 12,15 % sur la tranche 2 ; les taux salarié sont de 3,1 % sur la tranche 1 et 8,1 % sur la tranche 2).

La tranche 1 des salaires des cadres – dénommée tranche A dans le langage AGIRC – n'est pas soumise aux cotisations AGIRC.

Le taux AGIRC est le même – 16,44 % – sur les tranches B et C des salaires des cadres, comprise respectivement entre 1 et 4 PASS et entre 4 et 8 PASS.

La cotisation AGIRC est elle aussi appelée sur une base 125 – les prestations restant servies sur une base 100 –, ce qui porte le taux effectif à 20,55 %.

Sur la tranche B, la répartition entre employeur et salarié est uniforme : 12,75 % pour l'employeur, 7,80 % pour le salarié (sauf demande de l'employeur pour une répartition plus favorable au salarié).

Sur la tranche C, la situation est plus complexe : seul 0,55 point du taux est réparti de manière univoque (0,19 point pour l'employeur et 0,36 pour le salarié) ; la répartition des 20 points restants est fixée par accord d'entreprise.

L'AGIRC et l'ARRCO perçoivent également une cotisation dite « AGFF » (Association pour la gestion du fonds de financement de l'AGIRC et de l'ARRCO), destinée à financer le décalage entre l'âge du taux plein du régime général (62 ans) et l'âge du taux plein des retraites complémentaires (65 à 67 ans).

Cette contribution, applicable jusqu'au 31 décembre 2018, est due par les employeurs et les salariés, sur une assiette en général identique à celle des cotisations AGIRC-ARRCO.

DOCUMENT PROVISOIRE

Son taux est :

– de 2 % sur la tranche 1 (ou A), soit 1,2 % pour l'employeur et 0,8 % pour le salarié ;

– de 2,2 % sur la tranche 2 des non-cadres et sur les tranches B et C des cadres, soit 1,3 % pour l'employeur et 0,9 % pour le salarié.

Enfin, l'AGIRC perçoit le produit de la contribution exceptionnelle et temporaire (CET), assise sur les tranches A, B et C des salaires des cadres, au taux de 0,35 % (0,22 % pour l'employeur et 0,13 % pour le salarié). Applicable jusqu'au 31 décembre 2018, la CET ne génère aucun droit à pension.

* La classification entre cadres et non-cadres étant définie par les conventions collectives, mais soumise à agrément de l'AGIRC.

** Les taux en vigueur résultent de l'ANI du 13 mars 2013 sur les retraites complémentaires, étendu par arrêté du 17 décembre 2013 : https://www.agirc-arrco.fr/fileadmin/agircarrco/documents/conventions_accords/2013/Accord_Agirc_Arrco_13032013.pdf)

Source : Commission des affaires sociales.

b. Les effets : une réduction du taux de charges de près de 10 points au niveau du SMIC

● Le tableau suivant détaille le nouveau taux maximal d'allègement général. Sa lecture appelle au préalable une précaution méthodologique importante, apportée par le Gouvernement au rapporteur général.

La réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie, pour les salaires n'excédant pas 2,5 SMIC, s'impute prioritairement à l'allègement général [(1)] : cela signifie que celui-ci ne porte plus que sur les 6,89 points restant après la réduction forfaitaire, qui pour sa part continue de s'appliquer pour les rémunérations excédant 2,5 SMIC (cf. *infra*).

La comparaison de ce tableau avec celui présenté *supra* pour l'allégement actuel fait apparaître une réduction de 3,9 points du taux de charges au niveau du SMIC. Il s'agit là en quelque sorte d'un taux « net », observé lorsqu'on regarde uniquement le coefficient de dégressivité de l'allègement général. Mais en réalité, la réduction est de 9,9 points, car il faut ajouter aux 3,9 points les 6 points de la réduction forfaitaire de cotisation maladie, qui se combine avec l'allègement générale sur les salaires n'excédant pas 1,6 SMIC.

(1) *Selon la même logique que celle décrite* supra *pour la réduction forfaitaire de 1,8 point de la cotisation famille.*

DOCUMENT PROVISOIRE

TAUX DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS DANS LE CHAMP FUTUR DE L'ALLÈGEMENT GÉNÉRAL

Cotisations et contributions dans le champ de l'allègement général	Taux applicables aux employeurs soumis à une contribution FNAL de 0,5 %	Taux applicables aux employeurs soumis à une contribution FNAL de 0,1 %
Cotisation maladie	6,89 %	6,89 %
Cotisation famille	3,45 %	3,45 %
Cotisation vieillesse plafonnée	8,55 %	8,55 %
Cotisation vieillesse déplafonnée	1,9 %	1,9 %
Cotisation « socle » AT-MP	0,9 %	0,9 %
Contribution FNAL	0,5 %	0,1 %
CSA	0,3 %	0,3 %
Cotisation chômage	4,05 %	4,05 %
Tranche 1 ARRCO*	4,65 %	4,65 %
Tranche 1 AGFF**	1,2 %	1,2 %
TOTAL	**32,39 %**	**31,99 %**

* Seule cette cotisation chômage est due sur l'assiette de l'allègement général, inférieure au PASS. La cotisation sur la tranche A AGIRC n'est pas due, la rémunération des cadres excédant le plafond d'éligibilité à l'allègement général.

** *Idem.*

Source : Commission des affaires sociales

● Le tableau suivant décline, en fonction du SMIC, le taux d'allègement général à venir et le montant correspondant. Le montant prend en compte la réduction forfaitaire de la cotisation famille, déjà existante, et la nouvelle réduction forfaitaire de la cotisation maladie. Ainsi, si l'allègement général s'annule lorsque la rémunération atteint 1,6 SMIC, le montant global d'allègement ne s'annule pas : jusqu'à 2,5 SMIC, il combine les deux réductions forfaitaires, et est ensuite égal à la réduction forfaitaire famille, jusqu'à 3,5 SMIC.

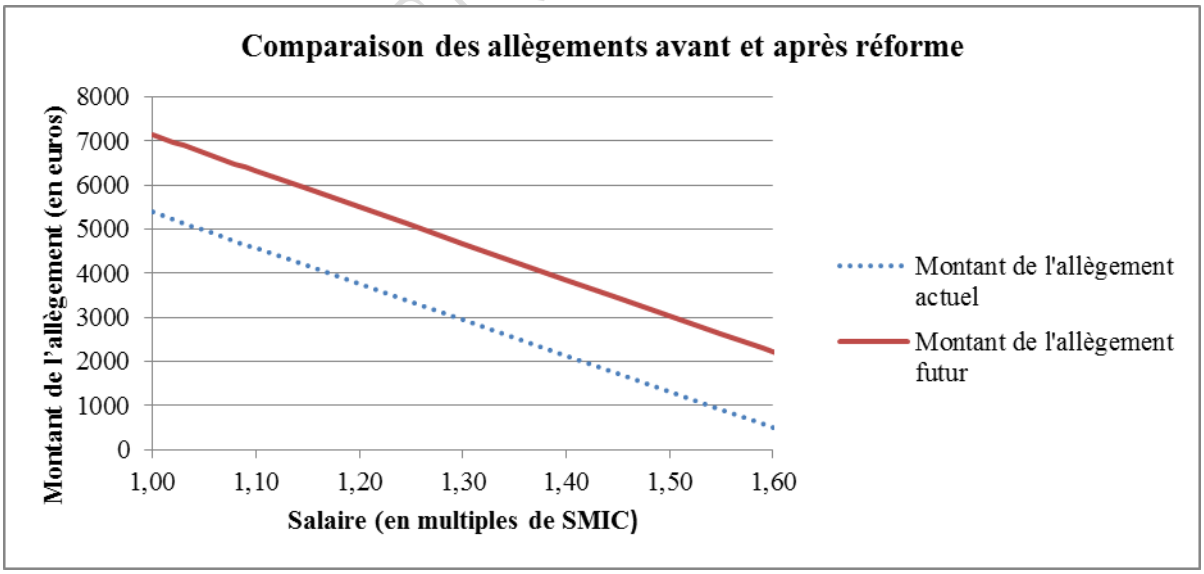
DOCUMENT PROVISOIRE

MONTANT ANNUEL DE L'ALLÉGEMENT FUTUR DE COTISATIONS EN FONCTION DE LA RÉMUNÉRATION

Rémunération brute en SMIC	Entreprises soumise à une contribution FNAL de 0,5 %		Entreprises soumise à une contribution FNAL de 0,1 %	
	Taux d'allègement général	Montant annuel de l'allégement *(en euros)*	Taux d'allègement général	Montant annuel de l'allégement *(en euros)*
1	32,39 %	7 138,9	31,99 %	7 067,9
1,1	24,5 %	6 318,6	24,2 %	6 252,4
1,2	18 %	5 498,2	17,77 %	5 450,9
1,3	12,46 %	4 677,9	12,3 %	4 642,3
1,4	7,71 %	3 857,5	7,62 %	3 833,8
1,5	3,6 %	3 037,2	3,55 %	3 025,3
1,59	0,33 %	2 298,9	0,33 %	2 297,7

Source : Commission des affaires sociales.

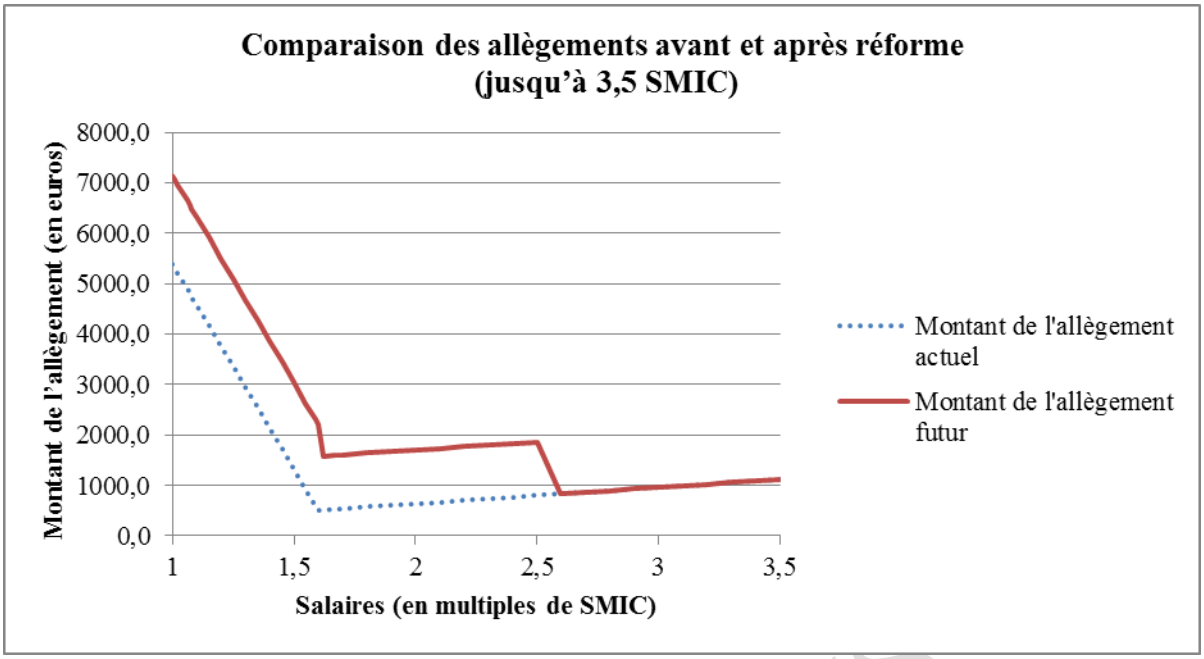
● Le graphique suivant compare les pentes de dégressivité du montant de l'allègement actuel et du montant de l'allègement futur en fonction du niveau du SMIC, pour la généralité des entreprises, assujetties à la contribution FNAL au taux de 0,5 %.



Source : Commission des affaires sociales.

● Le graphique suivant procède à la même comparaison, mais sur une échelle de salaire plus large, allant jusqu'à 3,5 SMIC, niveau de rémunération au-delà duquel cesse de s'appliquer la réduction forfaitaire de cotisation famille.

TEXTE PROVISOIRE



Source : Commission des affaires sociales.

● L'étude d'impact chiffre à 3,3 milliards d'euros le coût du renforcement de l'allègement général.

● À l'issue de la réforme prévue par le présent article, qui les réduit de 9,9 points au total, les seules charges patronales qui subsisteront au niveau du SMIC seront [(1)] :

– pour toutes les entreprises [(2)] :

- la contribution au dialogue social, assise au taux de 0,016 % sur la totalité du salaire, et affectée au fonds paritaire dédié au financement des organisations syndicales et patronales (article L. 2135-10 du code du travail) ;

- la cotisation dite « AGS », du nom de l'Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés, destinée à assurer les salariés contre un risque de défaut de paiement des salaires, en cas de difficulté de l'employeur. La cotisation AGS est assise sur le salaire, dans la limite de 4 PASS, au taux de 0,2 % ;

- la taxe d'apprentissage, assise au taux de 0,68 % [(3)] sur la totalité du salaire (article 1599 *ter* A du code général des impôts) ;

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Il n'est pas fait état ici du versement transport, auxquelles toutes les entreprises ne sont pas assujetties, en fonction de leur implantation géographique. De plus, les taux varient en fonction de la zone concernée.

(2) Les entreprises non assujetties à la TVA s'acquittent de la taxe sur les salaires, au taux de 4,25 % au niveau du SMIC, mais il ne s'agit pas du cas général.

(3) 0,44 % en Alsace-Moselle.

– pour les entreprises d'au moins 20 salariés, la participation des employeurs à l'effort de construction (le « 1 % logement »), assise au taux de 0,45 % sur la totalité du salaire, et affectée à Action Logement (article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation) ;

– à un taux différent selon la taille de l'entreprise, la participation des employeurs à la formation professionnelle, assise sur la totalité du salaire (0,55 % pour les employeurs de moins de 11 salariés, 1 % au-delà).

TAUX GLOBAL DE CHARGES PATRONALES AU NIVEAU DU SMIC APRÈS RÉFORME

Nombre de salariés	Taux global de charges fiscales et sociales au niveau du SMIC
Moins de 11	1,446 %
Plus de 11	1,896 %
Plus de 20	2,346 %

Source : Commission des affaires sociales.

2. L'encadrement de la déduction forfaitaire spécifique

● Le troisième alinéa de l'article L. 242-1, qui définit la rémunération et donc l'assiette des cotisations sociales, autorise, dans des conditions prévues par arrêté [(1)], la déduction des frais professionnels, ce qui a pour effet de minorer l'assiette soumise à cotisations.

Au-delà des frais classiques de nourriture, de logement, de transport, pris en compte dans la généralité des cas pour leur montant réel, l'arrêté du 20 décembre 2002 prévoit, en son article 9, une « déduction forfaitaire spécifique » (DFS), au profit de catégories de salariés supportant des frais professionnels dont le montant est « *notoirement supérieur* » aux frais classiques. La DFS, plafonnée à 7 600 euros par an, est appliquée à des taux différents selon les professions concernées, taux et professions définies à l'article 5 de l'annexe IV du code général des impôts, dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2000.

Sans faire l'inventaire complet des professions concernées, on apprendra avec profit que bénéficient de la DFS les artistes dramatiques (au taux de 20 %), l'essentiel des professions de l'aviation marchande, notamment les pilotes (30 %), les mannequins (10 %), les inspecteurs d'assurance (30 %), les internes des seuls hôpitaux de Paris (20 %), les journalistes (30 %), les ouvriers scaphandriers (10 %), ou encore la quasi-défunte profession des *speakers* de la radiodiffusion-télévision française (20 %).

● La seule lecture de ce bref inventaire peut suffire à venir à l'appui du constat dressé par le Gouvernement dans l'étude d'impact, selon lequel « *la justification économique* [de la DFS] *n'est aujourd'hui plus avérée au regard des modalités d'exercice de ces activités* ».

---

(1) Arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

La DFS a pour effet concret de repousser le point de sortie de l'allègement général pour les salaires dont elle est déduite. L'étude d'impact prend l'exemple éloquent d'un salaire de 1,8 SMIC – en principe hors du champ de l'allègement général – mais bénéficiant d'une DFS de 30 % : pour le calcul de l'assiette des cotisations et donc de l'allègement général, ce salaire est ramené à 1,26 SMIC [(1)], ce qui non seulement le fait entrer dans le champ de l'allègement, mais de surcroît à un niveau auquel la réduction est plus forte que pour un salaire réel inférieur, mais non éligible à la DFS.

Cet effet serait amplifié par le renforcement de l'allègement général, sans mesure correctrice. Afin d'éviter cette conséquence fâcheuse, le ***c)*** du **2°** du **I** prévoit une mesure de « neutralisation », par l'insertion d'un nouvel alinéa (quatrième, dans le décompte à venir) dans l'article L. 241-13 ; il prévoit que si la rémunération prise en compte pour le calcul de l'allègement général est celle prévue à l'article L. 242-1, elle ne tient compte des déductions forfaitaires pour frais professionnels que dans des limites fixées par arrêté. En pratique, seule la DFS est concernée, l'objectif affiché par le Gouvernement étant de maintenir constant l'avantage actuel, sans l'amplifier ; selon l'étude d'impact, cet objectif pourrait être atteint en réduisant d'un tiers les taux de DSF actuellement applicables.

Le ***b)*** du **2°** du **I** modifie par coordination le deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale : la définition de la rémunération sera donc à l'avenir renvoyée au quatrième alinéa du III de l'article L. 241-13.

● Le coût de la DFS est d'environ 1,7 milliard d'euros, soit 1,1 milliard au titre de l'abattement de l'assiette des cotisations, auxquels s'ajoutent 620 millions au titre du renchérissement de l'allègement général. L'étude d'impact évoque, indépendamment des dispositions de cet article, « *d'autres évolutions qui pourraient être envisagées ultérieurement sur ce dispositif de déduction particulièrement dérogatoire* » ; sa suppression apparaît au rapporteur général comme une évolution à étudier.

3. Le toilettage des modalités d'imputation de l'allègement général

● Le ***d)*** du **2°** du **I** rétablit un VII – abrogé en l'état du droit – dans l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, pour prévoir les modalités d'imputation de l'allègement général. Ce VII prévoit l'imputation au moment du paiement des cotisations et contributions, déclarées aux organismes de recouvrement compétents :

– AGIRC-ARRCO pour les cotisations de retraite complémentaire obligatoire [(2)] ;

---

(1) Soit 1,8 SMIC – 0,54 SMIC (30 % de 1,8).

(2) Par renvoi à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale, visant les fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

DOCUMENT PROVISOIRE

– unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) [1] et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) [2] dans les départements d'outre-mer, pour les cotisations de sécurité sociale et d'assurance chômage, ainsi que pour les autres contributions.

Il est logiquement précisé que l'imputation se fait en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions dans la valeur du coefficient de dégressivité.

● En conséquence, le ***e)*** du **2°** du **I** abroge le VIII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, qui prévoit les modalités d'imputation de l'allègement général, avec leur champ actuel, plus restreint qu'à l'avenir. Cette abrogation a pour effet « d'écraser » l'ordre d'imputation, prévoyant que les cotisations d'AT-MP sont les dernières à être réduites par l'allègement général (cf. *supra*). La limitation de leur fraction réductible, à hauteur d'un taux fixé par arrêté, n'est pas remise en cause, puisqu'elle est prévue au troisième alinéa de l'article L. 241-5, qui n'est pas modifié.

C. LA MISE EN PLACE D'UNE COOPÉRATION RENFORCÉE ENTRE LES URSSAF ET L'AGIRC-ARRCO

Incluses dans le champ de l'allègement général par le présent article, les cotisations AGIRC-ARRCO demeureront toutefois recouvrées à part, et non pas par le réseau des URSSAF. En conséquence, il apparaît nécessaire de mettre en place des outils de nature à garantir une interprétation uniforme de la législation applicable, et à éviter toute complexification du processus de recouvrement et de contrôle pour les cotisants.

1. Intervention de l'ACOSS en cas d'interprétation contradictoire de la législation relative à l'allègement général

● Le ***b)*** du **3°** du **I** complète l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale par un II [3]. En l'état du droit, cet article prévoit que lorsque les URSSAF [4] interprètent de manière contradictoire la même législation sur les cotisations et contributions sociales pour plusieurs établissements rattachés à un même cotisant, celui-ci peut solliciter l'intervention de l'ACOSS [5]. Après analyse du litige, l'ACOSS peut demander aux organismes d'adopter une position donnée dans un délai d'un mois, à l'expiration duquel elle peut se substituer à eux pour prendre les mesures nécessaires.

---

(1) Mentionnées à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Mentionnées à l'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

(3) Le **a)** *du* ***3°*** *du* ***I*** *faisant en conséquence précéder le texte actuel de cet article d'un I.*

(4) Ou CGSS (précision valable pour la suite des développements).

(5) Cette possibilité est également – et logiquement – ouverte à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce (un groupe étant constitué dès lors qu'une société en détient exclusivement ou conjointement d'autres).

DOCUMENT PROVISOIRE

Le présent article étend cette procédure aux interprétations contradictoires retenues par les URSAFF ou CGSS, mais aussi par l'AGIRC-ARRCO, pour l'application des dispositions relatives à l'allègement général. S'agissant des cotisations sociales, il est simplement fait renvoi à l'article L. 241-13 ; s'agissant des cotisations AGIRC-ARRCO, la rédaction vise « *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 au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires* ».

2. Opposabilité de la doctrine administrative sur l'allègement général aux réseaux de recouvrement et création d'un site Internet dédié

● L'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par l'administration dans une circulaire ou une instruction ministérielle régulièrement publiée, les URSSAF ou l'ACOSS ne peuvent procéder à aucun redressement fondé sur une interprétation différente de celle de l'administration, qui lie donc les organismes de recouvrement.

Le ***b)*** du **4°** du **I** étend ce respect de l'interprétation de l'administration, au-delà des redressements opérés à l'occasion d'un contrôle, aux demandes de rectification de la déclaration sociale.

● Le ***c)*** du **4°** du **I** complète l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale par :

– un II [(1)], étendant l'ensemble du dispositif à l'AGIRC-ARRCO, pour l'application de l'allègement général, sur le modèle de ce que prévoit le *b)* du 3° du I à l'article L. 243-6-1 ;

– un III, prévoyant qu'à 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 des cotisations et contributions sociales, mises à disposition des cotisants.

3. Extension du rescrit social à l'AGIRC-ARRCO

● L'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale prévoit une procédure de « rescrit social » [(2)], qui permet à un cotisant ou futur cotisant, dès lors que la demande est nouvelle et sérieuse, d'interroger les URSSAF ou CGSS sur l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale, ou recouvrées par les mêmes organismes sur la même assiette (cotisation FNAL, versement transport, cotisations chômage).

---

(1) Le **a)** *du* ***4°*** *du* ***I*** *faisant en conséquence précéder le texte actuel de cet article d'un I.*

(2) Pour plus de précisions sur cette procédure, on se reportera utilement au site Internet des URSSAF, sur lequel s'appuient les développements qui suivent : https://www.urssaf.fr/portail/home/utile-et-pratique/le-rescrit-social/le-rescrit-social-cotisant.html

DOCUMENT PROVISOIRE

La position prise par l'organisme de recouvrement sur la question de réglementation soulevée est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes de recouvrement, tant que la législation ou les faits de l'espèce ne sont pas modifiés.

Faute de réponse dans un délai de trois mois, l'organisme de recouvrement ne peut procéder à un redressement fondé sur le point de législation faisant l'objet de la demande, pour la période courant entre la date à laquelle la réponse aurait dû être apportée et la date à laquelle l'organisme s'est effectivement prononcé.

● Le **5°** du **I** rend opposable, dans les mêmes conditions, une demande de rescrit adressée à l'AGIRC-ARRCO, pour l'application de l'allègement général.

4. Application automatique aux cotisations AGIRC-ARRCO des facilités de paiement accordées par les URSSAF

● Le 6° du I introduit un nouvel article L. 243-6-6 [(1)] dans le code de la sécurité sociale, qui a pour objet de simplifier les démarches engagées par les employeurs en difficulté. Il prévoit que les échéanciers de paiement et les plans d'apurement instaurés par les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales sont « dupliqués » du côté AGIRC-ARRCO, sans que le cotisant ait à accomplir deux fois les mêmes démarches, auprès de deux interlocuteurs différents.

Cette simplification, dont le champ excède celui du présent article, est toutefois bienvenue à l'occasion du nécessaire rapprochement des pratiques des deux réseaux de recouvrement, appelé par l'inclusion des cotisations AGIRC-ARRCO dans le champ de l'allègement général.

● Dans le détail, l'article L. 243-6-6 prévoit :

– que l'URSSAF recevant une demande d'échéancier de paiement d'un cotisant communique la demande et la réponse à l'AGIRC-ARRCO ;

– que l'octroi d'un échéancier de paiement par les URSSAF ou CGSS vaut également pour les cotisations AGIRC-ARRCO qui resteraient dues par l'employeur ;

– que lorsqu'un créancier public statue sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement, l'AGIRC-ARRCO donne mandat aux URSSAF ou CGSS pour prendre toute décision sur ses créances.

---

*(1) Dans sa nouvelle rédaction, donc, car il existe déjà dans le code un article L. 243-6-6, renuméroté L. 243-6-8 par le **7°** du **I**.*

DOCUMENT PROVISOIRE

5. Une convention de coordination entre l'ACOSS et l'AGIRC-ARRCO

Le nouvel article L. 243-6-7, également créé par le **6°** du **I**, prévoit la conclusion d'une convention entre l'ACOSS et un représentant de l'AGIRC-ARRCO (1), qui prévoira en substance, selon les termes de l'étude d'impact, « *les modalités de concertation entre les deux réseaux afin d'apporter aux entreprises des réponses coordonnées dans l'ensemble du parcours de recouvrement des cotisations (réclamations, questions juridiques par exemple)* ».

Dans le détail, la convention devra prévoir :

– les modalités selon lesquelles les deux réseaux informent « *de manière coordonnée* » les employeurs, s'agissant notamment des constats d'anomalie et les demandes de rectification adressées au sujet de l'application de l'allègement général ;

– les modalités de validation, par l'ACOSS, des conditions dans lesquelles les deux réseaux s'assurent de la conformité à la législation relative à l'allègement général des déclarations sociales adressées par les employeurs (2) ;

– les modalités « *de coordination* » entre les deux réseaux permettant un traitement « *coordonné* » des demandes et réclamations des cotisants portant sur la législation relative à l'allègement général, ainsi que la formulation de réponses « *coordonnées* ».

Il n'est donc pas exclu que la coordination soit au centre de la convention à venir. Pour sa conclusion, les deux réseaux pourront utiliser les données d'un répertoire commun relatif à leurs entreprises cotisantes.

6. L'unicité des procédures de contrôle

L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale prévoit, en son deuxième alinéa, que les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils diligentent, l'assiette, le taux et le calcul des cotisations dont ils n'assurent pas le recouvrement. Il s'agit pour l'essentiel des cotisations AGIRC-ARRCO et de quelques cotisations chômage (3). Les informations sont recueillies pour le compte des organismes de recouvrement, et leur sont logiquement transmises.

Le **8°** du **I** complète ces dispositions, pour prévoir dans une formulation quelque peu confuse que « *les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de*

---

(1) Qui, d'après l'étude d'impact, devrait logiquement être le groupement d'intérêt économique AGIRC-ARRCO, créé en 2002 pour regrouper les services et moyens des deux fédérations.

(2) En application de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

(3) L'essentiel des cotisations chômage étant recouvrées pour le compte de l'UNÉDIC par les URSSAF.

DOCUMENT PROVISOIRE

manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées ».

D. UN DISPOSITIF PRÉVISIONNEL DE COMPENSATION DES PERTES DE RECETTES POUR L'UNÉDIC ET L'AGIRC-ARRCO

● Le **II** pose le principe d'une prise en charge par l'ACOSS de la réduction des cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire.

Déjà chargée du recouvrement des cotisations chômage – *via* son réseau d'URSSAF – l'ACOSS en versera le produit à l'UNÉDIC, aux termes du texte, « *sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci* ». S'agissant des cotisations de retraite complémentaire, il est prévu que l'AGIRC-ARRCO – qui continuera de les recouvrer – transmette à l'ACOSS les justificatifs nécessaires à l'établissement des montants à prendre en charge par l'Agence.

S'agissant des contributions d'assurance chômage aujourd'hui recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole (pour les salariés agricoles, en application du *b)* de l'article L. 5427-1 du code du travail), par Pôle Emploi en application du *e)* du même article (intermittents du spectacle, en substance) et par le guichet unique du spectacle occasionnel (article L. 133-9 du code de la sécurité sociale), la prise en charge de la part exonérée sera centralisée par l'ACOSS, sur la base des informations transmises par les organismes de recouvrement. Puis l'ACOSS reversera les montants correspondants aux allègements à l'UNÉDIC.

Afin d'assurer une prise en charge « à l'euro l'euro » par l'ACOSS, il est prévu que les branches du régime général assurent l'équilibre financier de l'ACOSS au titre de cette mission. La répartition de cette charge nouvelle se fera par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, en fonction des soldes prévisionnels des branches. L'ACOSS devrait toutefois se voir affecter une recette spécifique en loi de finances, selon l'exposé des motifs.

● Exposé qui précise que « *le dispositif de compensation ainsi proposé correspond* […] *à une hypothèse de travail qui ne préempte pas les concertations à venir* », au cours de l'année 2018. La même source indique que cette disposition figure dans le texte pour en assurer la place en loi de financement, « *les exigences de la loi organique* [relative aux lois de financement de la sécurité sociale] *imposant de justifier l'impact du dispositif sur l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale* ».

E. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR DÉCALÉE AU 1ER JANVIER 2019

1. Un soutien public aux employeurs d'un niveau inégalé en 2019

Le **IV** du présent article prévoit que ses dispositions entrent en vigueur pour les rémunérations versées à compte du 1er janvier 2019.

DOCUMENT PROVISOIRE

Cela signifie donc qu'en 2018, l'allègement général continuera de coexister avec le CICE et le CITS, dans les conditions en vigueur jusqu'alors. Seul changement : l'article 42 du PLF 2018 réduit de 7 à 6 % le taux du CICE.

Au titre de 2019, justement, les employeurs bénéficieront :

– du renforcement des allègements de charges sociales prévu par cet article (réduction forfaitaire de 6 points du taux de la cotisation maladie et renforcement de l'allègement général) ;

– de la créance de CICE acquise au titre de 2018.

En comptabilité nationale, l'année 2019 apparaît comme une année « double », au cours de laquelle s'additionneront le coût des mesures prévues par le présent article (24,8 milliards d'euros) [(1)] et celui des créances de CICE acquises au titre de 2018 (22,8 milliards d'euros).

Cela ne signifie pas que le coût budgétaire sera du même niveau ; en effet, les modalités d'imputation du CICE ne sont pas modifiées, et la créance acquise au titre de 2018 sera donc imputable, selon le profil des résultats des entreprises, jusqu'en 2022. En 2019, seront également imputées des créances de CICE acquises au titre des années 2015 à 2018. Le surcoût pour les finances publiques correspond donc, en comptabilité nationale, au montant total de la créance acquise au titre des rémunérations versées en 2018, quelle que soit l'année de son imputation.

Le Gouvernement aurait pu faire faire le choix d'éviter ce « coût double » en proposant de supprimer le CICE dès 2018, et en renforçant à compter de 2019 seulement les allègements de charges sociales. Mais un tel choix aurait immanquablement produit un « trou d'air » en 2018, les entreprises n'enregistrant pas de nouvelle créance au titre du CICE, et ne bénéficiant pas encore du renforcement des allègements de charges. La situation aurait été particulièrement dommageable pour les entreprises se créant au cours de l'année 2018, qui n'auraient par définition pas pu imputer les créances antérieures de CICE, ni bénéficier de son préfinancement. La Gouvernement fait donc un choix certes coûteux à court terme, mais bénéfique pour l'économie et l'emploi.

2. Un délai d'un an pour tirer les conséquences de la réforme s'agissant de dispositifs d'exonérations spécifiques

L'étude d'impact indique que, dans le cadre des lois financières pour 2019, seront réexaminés plusieurs dispositifs d'exonérations spécifiques, dont l'efficacité a été remise en cause dans un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales de juin

(1) Somme arrondie (par l'étude d'impact) des 21,6 milliards de la réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie et des 3,3 milliards du renforcement de l'allègement général.

DOCUMENT PROVISOIRE

2015 [1]. Ce défaut d'efficacité serait amplifié par le renforcement de l'allègement général au niveau du SMIC, qui serait plus avantageux dans la généralité des cas.

L'étude d'impact cite huit dispositifs, dans le détail desquels il est prématuré d'entrer ici :

– quatre exonérations « zonées », liées à l'implantation des entreprises bénéficiaires dans des territoires plus sinistrés que la moyenne :

- zones de revitalisation rurale (ZRR) ;
- zones de restructuration de la défense (ZRD) ;
- bassins d'emploi à redynamiser (BER) ;
- départements d'outre-mer (exonérations dites « LODEOM » [2], en référence à la loi qui les a instituées sous leur forme actuelle, néanmoins modifiée à plusieurs reprises depuis lors) ;

– exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles ;

– exonération applicables aux structures d'insertion par l'activité économique (associations intermédiaires ; ateliers et chantiers d'insertion) ;

– exonération applicable aux contrats uniques d'insertion.

L'étude d'impact précise qu'une concertation approfondie sera menée avec les représentants des acteurs concernés. Il est heureux de le lire, car il s'agit de sujets sensibles, comme l'ont notamment montré les débats sur les deux précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

F. APERÇU DES PRINCIPAUX EFFETS DE LA RÉFORME

1. Les effets « macro-budgétaires »

Le coût spontané des dispositions de cet article pour les organismes de sécurité sociale s'élève à 24,8 milliards d'euros [3] : 21,6 milliards au titre de la réduction de 6 points de la cotisation maladie et 3,3 milliards au titre du renforcement de l'allègement général.

La suppression du CICE et du CITS génère à l'inverse une économie de 24,4 milliards d'euros pour le budget de l'État (22,8 milliards au titre du CICE et 600 millions au titre du CITS, que l'État compense aux organismes de sécurité sociale, auxquels est affecté le produit de la taxe sur les salaires).

---

(1) Revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges spécifiques *:* *http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RD2015_exonerations_charges_sociales.pdf*

(2) Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

(3) Arrondi correspondant au chiffre de l'étude d'impact.

DOCUMENT PROVISOIRE

Les modalités de compensation de ce vaste mouvement financier seront présentés en détail dans les PLF et PLFSS pour 2019, la réforme n'entrant pas en vigueur l'année prochaine.

2. Un gain net pour les actuels bénéficiaires du CITS

Les bénéficiaires du CITS seront mécaniquement gagnants au remplacement du crédit d'impôt par le renforcement des allègements de charges : sans même prendre en compte le renforcement de l'allègement général, le taux de réduction de la cotisation maladie est supérieur de 2 points, sur la même assiette, au taux du CITS.

Alors que le CITS représente une enveloppe de 600 millions d'euros, le dossier de presse présentant le PLFSS indique que, pour le même public, les allègements de charges s'élèveront à 1,4 milliard d'euros par an à compter de 2019, « *soit trois fois plus que l'impact actuel du CITS* » (*sic*).

3. L'effet « retour d'IS » pour les entreprises bénéficiaires du CICE et sa neutralisation par des mesures globalement favorables

● L'évaluation préalable annexée à l'article 42 du PLF 2018 indique que la transformation du CICE en allègement de charges se traduira *in fine* par un gain de recettes fiscales pour l'État, estimé à 5 milliards d'euros.

En effet, les charges sociales acquittées par les entreprises sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les bénéfices. En réduisant ces charges, le présent article a donc pour effet mécanique d'augmenter l'assiette imposable, à hauteur de 22 milliards d'euros donc. Il résulte de l'application d'une règle de trois que le taux d'impôt sur les bénéfices retenu pour parvenir à un gain de 5 milliards est de 22,7 %, qui correspondrait à une sorte de taux moyen.

Une partie du soutien fiscal actuel, réinjecté à l'avenir sous forme d'allègement de charges, sera donc récupéré sous forme d'impôt.

● L'évaluation préalable de l'article 42 du PLF entend toutefois dissiper les craintes que cet effet de « retour d'IS » pourrait susciter :

– d'une part, il sera « *sans incidence sur l'emploi* [car] *les allègements de cotisations sont relativement plus efficaces qu'un crédit d'impôt pour soutenir la création d'emploi* » ;

– d'autre part, « *cette réforme s'inscrit dans un ensemble de mesures en faveur de la compétitivité des entreprises* » (cf. encadré suivant), aboutissant à ce que tous les secteurs économiques sont gagnants à horizon 2022.

DOCUMENT PROVISOIRE

Principales mesures du PLF 2018 favorables aux entreprises

Réduction dégressive du taux de l'IS jusqu'à 25 % en 2022

L'article 41 prévoit d'amplifier la réduction du taux normal de l'IS, entamée à la fin de la précédente législature, selon la chronique suivante :

– en 2018, 28 % sur les 500 000 premiers euros de bénéfices et 33,33 % – soit le taux normal actuel – au-delà ;

– en 2019, le taux de 33,33 % sera ramené à 31 % ;

– en 2020, le taux de 28 % s'appliquera à la totalité de l'assiette ;

– en 2021, ce taux sera ramené à 26,5 % ;

– enfin, en 2022, il sera de 25 %, plus proche ainsi de la moyenne européenne.

La perte de recettes pour l'État s'élèvera, à terme, à 4,1 milliards d'euros par an.

Suppression de la contribution de 3 % sur les revenus distribués

Cette contribution additionnelle à l'IS, assise au taux de 3 % sur les revenus distribués par une société (les dividendes, typiquement), a été créée par la deuxième loi de finances rectificative pour 2012*.

Déclarée contraire au droit de l'Union européenne par la Cour de Justice de l'Union européenne dans un arrêt du 17 mai dernier**, cette contribution est supprimée par l'article 13, sans être remplacée par un nouvel impôt.

La perte de recettes pour l'État s'élèvera à 1,9 milliard d'euros par an.

* Article 6 de la loi n° 2012-958 du 16 août 2012.

** *Association française des entreprises privées (AFEP) contre Ministre des Finances et des comptes publics*, affaire C-365/16.

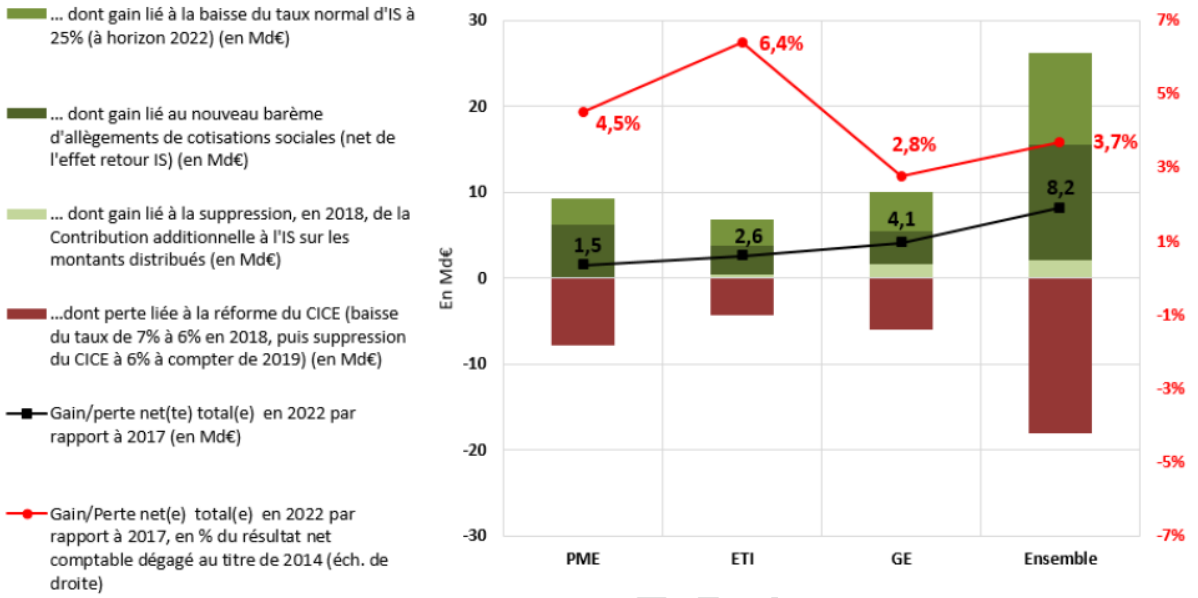
Source : Commission des affaires sociales.

Le graphique suivant, issu du dossier de presse gouvernemental présentant le PLF, illustre l'effet combiné de l'ensemble de ces réformes à horizon 2022 ; il en ressort un effet positif pour l'ensemble des entreprises, quelle que soit leur taille.

DOCUMENT PROVISOIRE

GAINS/PERTES NETS POUR LES ENTREPRISES AU RÉGIME NORMAL DE L'IS DU CUMUL DES MESURES

(total des impacts en milliards d'euros et en points de résultats net comptable)



Source :
https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/images/actualite/PLF2018/DP_PLF2018_WEB.pdf, page 48

*
* *

Article 9

Exonération généralisée de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises

L'article 9 prévoit une « année blanche » de cotisations sociales pour les créateurs ou repreneurs d'entreprises débutant leur activité à compter du 1er janvier 2019.

Prenant la forme d'un élargissement de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE), l'exonération intégrale serait ouverte aux entrepreneurs dont le revenu annuel net est inférieur à 30 000 euros. Elle serait ensuite dégressive jusqu'à 40 000 euros.

En parallèle, les micro-entrepreneurs bénéficieront d'une exonération dégressive durant leurs trois premières années d'activité.

Au total, 350 000 entrepreneurs supplémentaires – dont 280 000 nouveaux micro-entrepreneurs – devraient bénéficier de cet élargissement de l'ACCRE, s'ajoutant aux bénéficiaires actuels. La moindre recette générée par le dispositif

DOCUMENT PRO

d'exonération est évaluée à 310 millions d'euros en 2021, cette somme étant neutre pour les organismes de sécurité sociale car compensée par l'État.

I. LES AMÉNAGEMENTS SUCCESSIFS DE L'ACCRE

1. Un dispositif de soutien à la création d'entreprise par les demandeurs d'emploi

a. Le public éligible à l'ACCRE

L'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE) a été créée par la loi du 3 janvier 1979 comme un dispositif de soutien financier aux nouveaux entrepreneurs sortant de période de recherche d'emploi [(1)].

Progressivement élargie, elle s'adresse désormais :

– aux demandeurs d'emploi indemnisés et à ceux non-indemnisés et inscrits à Pôle emploi six mois au cours des dix-huit derniers mois ;

– aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou du revenu de solidarité active (RSA) ;

– aux personnes âgées de 18 à 26 ans ;

– aux personnes de moins de 30 ans reconnues travailleurs handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;

– aux personnes salariées ou licenciées d'une entreprise en situation de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires ;

– aux entrepreneurs créant ou reprenant une activité implantée dans un quartier prioritaire de la politique de la ville ;

– aux bénéficiaires d'un contrat d'appui au projet d'entreprise ou du complément de libre choix d'activité.

b. Le champ, le montant et la durée de l'exonération

● L'exonération porte sur les cotisations d'assurance maladie, maternité, veuvage, invalidité et décès et d'allocations familiales, que son bénéficiaire relève d'un régime salarié ou non-salarié :

– lorsque le créateur ou repreneur relève d'un régime salarié, l'exonération porte sur les cotisations patronales et salariales. L'employeur doit alors formuler la demande de bénéfice du dispositif ;

(1) Loi n° 79-10 du 3 janvier 1979 portant diverses mesures en faveur des salariés privés d'emploi qui créent une entreprise.

DOCUMENT PROVISOIRE

– lorsqu'il relève d'un régime non-salarié, l'exonération porte sur ses propres cotisations.

● L'exonération est intégrale lorsque le revenu ou la rémunération du créateur ou repreneur d'entreprise est inférieur à 29 421 euros par an, correspondant aux trois quarts du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). Lorsque le revenu est compris entre 29 421 euros et 39 228 euros, l'exonération décroît linéairement.

Ce plafond résulte de l'article de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 (1). Jusqu'alors, l'exonération était complète pour la fraction du revenu tiré de la nouvelle activité inférieure à 1,2 SMIC, quel que soit le montant du revenu.

● La durée du bénéfice de l'ACCRE est définie par voie réglementaire. L'article D. 161-1-1 du code de la sécurité sociale fixe cette durée à un an. Toutefois, lorsque le créateur ou repreneur d'entreprise relève du régime micro-fiscal (2), l'exonération est portée à trois ans et s'applique de manière dégressive.

2. Un dispositif fréquemment réformé, éloigné de son objectif initial

● L'ACCRE n'a cessé d'être remaniée depuis sa création il y a quarante ans afin d'en élargir le bénéfice et de soutenir la création ou la reprise d'entreprise. Force est de constater qu'elle ne correspond plus à un dispositif de soutien ciblé vers les demandeurs d'emploi et qu'elle vise désormais d'autres publics prioritaires, tels que les jeunes de moins de 26 ans ou les bénéficiaires du RSA.

Le dernier élargissement du champ de l'ACCRE résulte de l'article 6 de la LFSS pour 2017, qui a étendu son bénéfice aux personnes physiques reprenant une entreprise dans un quartier prioritaire de la politique de la ville. Jusqu'alors, seuls les créateurs d'entreprises dans ces territoires y étaient éligibles.

● Le constat d'un décalage croissant entre l'objectif initial du dispositif – encore affiché par sa dénomination d'« *aide aux chômeurs* » – a été posé par de nombreux travaux. Les limites du dispositif, plus généralement, ont notamment été identifiées par de MM. Jean-Charles Taugourdeau et Fabrice Verdier dans leur rapport d'information déposé à l'Assemblée nationale en février 2013 (3).

---

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

(2) Le régime micro-fiscal permet aux travailleurs indépendants non-agricoles dont le chiffre d'affaires ou les recettes n'excèdent pas certaines limites de bénéficier de modalités dérogatoires d'imposition des revenus tirés de leur activité, dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou non commerciaux (BNC). L'imposition forfaitaire, en particulier, portant sur le chiffre d'affaires plutôt que sur le résultat net, peut s'avérer avantageuse et constitue une facilité administrative.

(3) Rapport d'information de MM. Jean-Charles Taugourdeau et Fabrice Verdier, au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, sur l'évaluation des dispositifs publics d'aide à la création d'entreprise, déposé à l'Assemblée nationale le 28 février 2013, et accessible à cette adresse : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0763.asp.

DOCUMENT PROVISOIRE

II. UNE EXONÉRATION GÉNÉRALISÉE ORIENTÉE VERS LA CRÉATION ET LA REPRISE D'ENTREPRISE

L'article 9 du projet de loi crée un dispositif d'exonération généralisée de début d'activité pour les créateurs ou repreneurs d'entreprise.

Pour ce faire, il élargit l'ACCRE, désormais dénommée « *exonération de début d'activité* ». En cohérence avec son prédécesseur, le nouveau dispositif est défini à la fois dans le code de la sécurité sociale – s'agissant du champ, du niveau et de la durée de l'exonération – et dans le code du travail – s'agissant du public éligible.

1. Le champ, le niveau et la durée de l'exonération de début d'activité

Le **I** de l'article 9 précise les contours de l'exonération, figurant dans une nouvelle section du chapitre premier du titre III du livre premier du code de la sécurité sociale, intitulée « *exonération de début d'activité de création ou reprise d'entreprise* ».

● Le **1°** du **I** reprend le dispositif de l'ACCRE, figurant actuellement à l'article L. 161-1-1, en le complétant et en le plaçant désormais à un nouvel article L. 131-6-4. Par rapport au droit en vigueur, le dispositif ne sera plus uniquement ouvert à la liste limitative énumérée dans le code du travail. Il bénéficiera désormais à tout créateur ou repreneur d'entreprise, que la création ou la reprise concerne :

– une activité indépendante relevant du régime social des indépendants – visé à l'article L. 611-1 du même code – ou du régime des non-salariés agricoles – visé à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ;

– une activité sous la forme d'une société « *à condition d'en exercer effectivement le contrôle* » [(1)], qu'il s'agisse d'une activité relevant du régime général ou d'une activité de non-salarié agricole. Cette catégorie vise à inclure dans le dispositif les personnes gérant des entreprises et assimilées à des travailleurs salariés car affiliées au régime général. La formulation reprend celle figurant d'ores et déjà dans le code du travail pour les bénéficiaires de l'ACCRE.

● Le **2°** du **I** précise la durée et le plafond d'éligibilité à l'exonération.

La durée de l'exonération, maintenue à un an, est désormais inscrite dans la loi, sans renvoi au pouvoir réglementaire. La possibilité de prolonger ce délai pour les entreprises créées ou reprises éligibles au régime micro-fiscal, prévue par le droit en vigueur, reste quant à elle définie par voie réglementaire. Selon l'étude

---

(1) L'exercice d'un contrôle effectif est défini aux 12° et 13° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale pour le régime général et aux 8° et 9° de l'article L. 311-3 du code rural et de la pêche maritime pour le régime des salariés agricoles. Il recouvre notamment les fonctions de président du conseil d'administration, de directeur général et de directeur général délégué des sociétés anonymes.

DOCUMENT PROVISOIRE

d'impact du projet de loi, la durée de trois ans applicable à cette situation serait maintenue.

Le plafond de revenus ou de rémunérations permettant d'en bénéficier, par également, est maintenu dans la loi à 75 % du PASS pour une éligibilité totale – soit 29 421 euros en 2017 –, l'exonération devant ensuite décroître linéairement jusqu'au PASS – fixé à 39 228 euros cette même année.

Toutefois, la nouvelle rédaction précise dans le même temps que l'exonération sera accordée « *pour une fraction et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées par décret* ». Le plafond d'éligibilité étant maintenu dans la loi, l'ajout simultané d'un renvoi au pouvoir réglementaire ne peut qu'interroger. Il s'agit au mieux d'une disposition superfétatoire ou, de manière plus préoccupante, d'une source d'ambiguïté.

● Le **3°** du **I** apporte deux précisions supplémentaires par rapport au droit en vigueur.

En premier lieu cette exonération n'est pas cumulable avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations. L'« *année blanche* » prévue à l'article 9 s'applique donc par principe, à l'exception des situations dans lesquelles l'assuré bénéficie de dispositions spécifiques et dérogatoires – par exemple, le dispositif d'exonération pour les jeunes agriculteurs.

Une exception au principe de non cumul est néanmoins prévue pour les réductions et abattements prévus aux articles L. 613-1 et L. 621-3 du code de la sécurité sociale, qui correspondent aux exonérations prévues à l'article 7 du PLFSS pour compenser, auprès des travailleurs indépendants, l'augmentation des taux de la contribution sociale généralisée (CSG) inscrite à l'article 7 du projet de loi.

En second lieu, le bénéfice de l'exonération ne peut intervenir au maximum qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre d'une nouvelle activité.

2. Le public éligible à l'exonération de début d'activité

Le **II** identifie le champ des bénéficiaires de l'exonération de début d'activité, maintenu à la section I du chapitre premier du titre IV du livre premier de la cinquième partie du code du travail désormais dénommée « *Bénéficiaires* ».

Il ne procède à aucune modification par rapport au droit en vigueur : les publics aujourd'hui éligibles à l'ACCRE resteront éligibles au nouveau dispositif, mais n'en constitueront donc qu'un public parmi d'autres.

Le **1°** et le **2°** du **II** ne procèdent qu'à des modifications rédactionnelles.

DOCUMENT PROVISOIRE

3. L'entrée en vigueur de l'exonération de début d'activité

Le **III** prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2019.

L'exonération de début d'activité s'appliquera donc aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter de cette échéance pour les créations ou reprises d'entreprises intervenues à partir de cette date.

Cette mesure s'inscrit plus largement dans le programme du Gouvernement en faveur des travailleurs indépendants. L'élargissement de l'accès au régime micro-fiscal, en particulier, prévu à l'article 10 du projet de loi de finances pour 2018, s'inscrit dans cette perspective et devrait faciliter d'autant la création ou la reprise d'entreprise [(1)].

*

* *

Article 10
Allégement des démarches des petits déclarants en poursuivant la modernisation des titres simplifiés

Cet article propose d'étendre l'utilisation du chèque emploi service universel (CESU) à l'ensemble des particuliers employés à domicile ou prestataires indépendants sous certaines conditions, en vue de favoriser la simplicité de leurs démarches sociales.

1. Les titres simplifiés malgré leur efficacité et leur diversité sont réservés à un nombre trop limité d'utilisateurs

a. L'offre diversifiée de titres simplifiés favorise le recours à l'emploi déclaré et le recouvrement des prélèvements sociaux

Les titres emplois [(2)] simplifiés constituent des offres de services de la « branche » recouvrement permettant à certains employeurs de simplifier les formalités liées à l'embauche en intégrant dans des dispositifs dématérialisés, voire prépayés, la possibilité d'effectuer l'ensemble des démarches et versements obligatoires. Ils évitent ainsi aux leurs utilisateurs le recours à des logiciels de paye onéreux et inadaptés pour des employeurs occasionnels.

Ces dispositifs poursuivent également l'objectif d'améliorer le recouvrement des prélèvements sociaux en incitant à la déclaration, d'une part, par

---

(1) Pour l'analyse de ce dispositif, le Rapporteur général renvoie aux travaux de son homologue de la Commission des finances, accessible à cette adresse : XXXXXXXXX.

(2) On distingue le titre emploi qui permet de déclarer les emplois précités du titre spécial de paiement lequel permet de rémunérer le salarié mais aussi des prestations de services liés aux mêmes thématiques (services en ligne du CESU, centres de loisirs, centres aérés, taxi pour le déplacement de personnes âgées).

DOCUMENT PROVISOIRE

leur simplicité d'utilisation [1] et, d'autre part, en intégrant les différents dispositifs d'incitations fiscales et sociales liées à certaines formes d'emploi.

Ainsi, les petites entreprises de moins de vingt salariés peuvent recourir au titre emploi service entreprise (TESE) [2], les associations de moins de vingt salariés au chèque emploi associatif (CEA) [3], les particuliers employant des salariés à domicile au chèque emploi service universel (CESU) [4] et les parents employant une garde d'enfants à Pajemploi.

b. Le recours à ces titres est limité par une conception trop restrictive de ses utilisateurs potentiels

Les conditions d'accès à ces dispositifs, notamment le CESU, sont cependant encore très restrictives. Le titre emploi CESU [5] est en effet réservé à des catégories d'emploi limitativement définies à l'article L. 1271-1 du code du travail :

– les salariés occupant des emplois de services à la personne ou d'assistants maternels agréés ;

– les stagiaires aides familiaux placés au pair ;

– les accueillants familiaux.

Lorsque le particulier souhaite employer un salarié pour une autre activité que celles-ci à son domicile, il doit procéder :

– soit à une déclaration normative simplifiée (DNS), laquelle se matérialise par un formulaire à remplir et à renvoyer par voie postale à l'URSSAF compétente ; on peut rappeler que cette procédure particulièrement ancienne a été remplacée par PAJEMPLOI s'agissant des assistantes maternelles et des salariés employés pour la garde d'enfants au domicile de l'employeur ;

– soit à une déclaration aide et services à la personne (ASAP) dématérialisée lorsque le particulier employeur recourt à une association ou une entreprise mandataire en vue de recruter du personnel de maison.

Enfin, la question se pose du recours, souvent pour des activités très voisines, aux services de prestataires indépendants de manière très occasionnelle, par exemple au travers de plateformes numériques. En principe, le particulier ne verse qu'un prix en échange de la prestation tandis que son prestataire a l'obligation de déclarer cette activité en tant que travailleur indépendant. S'agissant de petits

---

(1) Cette simplicité d'utilisation se traduit également par la souplesse avec laquelle il est possible de rectifier d'éventuelles erreurs déclaratives sur les sites internet des dispositifs dans de larges délais.

(2) Articles L. 1273-3 et suivants du code du travail

(3) Article L. 1272-4 du code du travail

(4) Articles L. 1271-1 et suivants du code du travail

DOCUMENT PROVISOIRE

travaux, de quelques heures de jardinage ou encore de cours particuliers, il existe cependant peu d'incitations à procéder de cette manière.

2. Le présent article élargit les possibilités de recours aux titres simplifiés

Le **2° du I** complète l'article L. 311-3 qui énumère les catégories de personnes dont l'affiliation au régime général est obligatoire en y ajoutant les particuliers qui effectuent de manière ponctuelle un service de conseil ou de formation en contrepartie d'une rémunération pour des activités dont la durée et la nature sont fixées par le décret mentionné au 8° de l'article L. 133-5-6 .

Les autres prestataires resteront donc au régime des indépendants.

Le **II** modifie les conditions d'accès aux dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement et de contributions sociales.

Le **1°** complète la liste des personnes pouvant recourir aux titres simplifiés de l'article L. 133-5-6 de la sécurité sociale.

Le **a) du 1°** supprime la référence aux seuls particuliers employant des salariés dans le champ des services à la personne et renvoie à l'ensemble des particuliers employeurs, à l'exception des activités de garde d'enfants qui relèvent toujours de PAJEMPLOI.

Le **b) du 1°** complète la liste en ajoutant :

– les particuliers recourant pour leur usage personnel à d'autres particuliers pour des prestations de service de conseil et de formation rémunérées, dans un champ d'activités et pour une durée fixée par voie réglementaire ;

– les plateformes de mise en relation des particuliers avec des prestataires précités, des salariés, des stagiaires placés au pair, des accueillants familiaux pour le compte de leurs utilisateurs pour l'ensemble des démarches [(1)].

Le **c) du 1°** tire les conséquences de l'élargissement du CESU qui reposait jusqu'ici sur un choix pour l'ensemble des salariés concernés. Ce principe de généralité pouvant avoir des conséquences non souhaitées s'il était appliqué au nouveau dispositif ne s'appliquera plus que pour les entreprises agricoles de moins de vingt salariés, les associations à but non lucratif et fondations ainsi que les employeurs agricoles utilisateurs du titre emploi service agricole.

Les **a) et b) du 2°**, le **3°** et le **premier alinéa du 4°** tirent les conséquences de cette ouverture des titres simplifiés à des personnes non-employeurs dans la rédaction de l'article L. 133-5-7 qui précise les fonctions des titres simplifiés et de l'article L. 133-5-8 relatif au fonctionnement de ces titres.

---

(1) Elles sont précisées aux articles L. 133-5-7 et L. 133-5-8.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le **d) du 2°** précise les modalités d'application de ces obligations lorsque le titre simplifié est utilisé par un particulier recourant à un autre particulier pour effectuer une prestation. Celui-ci reçoit un décompte des cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée.

Le **e) du 2°** procède aux ajustements rédactionnels liés aux modifications apportées à l'article L. 133-5-6.

Le **3°** réécrit l'article L. 133-5-8 relatif aux obligations déclaratives des employeurs utilisant un titre simplifié.

Le second alinéa du **4°** crée une obligation d'information pour les organismes de recouvrement d'informer les particuliers prestataires recourant aux titres simplifiés de manière ponctuelle de la nécessité pour eux d'effectuer l'ensemble d'autres démarches pour exercer leur activité dans le respect de la légalité.

Le **III** supprime le consentement et l'information préalables au recours au chèque emploi service.

Le **IV** prévoit une entrée en vigueur de ces dispositions au 1er janvier 2019.

Si cet article est de nature à simplifier beaucoup de démarches en offrant une possibilité généralisée de recours au CESU, le rapporteur général souhaite attirer la vigilance du Gouvernement et des parlementaires sur au moins deux aspects de cette modification très significative du fonctionnement des démarches sociales des particuliers :

● Le choix du rattachement obligatoire d'une partie des particuliers prestataires, même restreinte, au régime général à travers le CESU constitue une véritable novation sur la question de l'affiliation des indépendants, dans une économie des plateformes encore très mouvante. Il s'agira donc de s'assurer que cette mesure constitue une simplification et un progrès en termes de droits sociaux réels pour les personnes concernées. À défaut, le dispositif risque en effet de se révéler impuissant face à la tentation, dominante jusqu'à présent, d'un maintien dans l'économie informelle.

● La mise en œuvre de ce dispositif risque, indépendamment des difficultés juridiques, de constituer un défi technique, s'agissant de la gestion d'un dispositif très différent de ceux qui étaient pris en charge jusqu'à présent par la branche recouvrement. Ainsi, le CESU pourra être utilisé à la fois par des affiliés du régime général et du régime social des indépendants ; par des particuliers et par des plateformes numériques pour déclarer leurs utilisateurs ; par des particuliers bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux et par des particuliers recourant à ces dispositifs uniquement par commodité. Une telle hétérogénéité appellera nécessairement une nouvelle organisation.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 11

Suppression du régime social des indépendants et modification des règles d'affiliation à la CNAVPL

Cet article propose tout d'abord d'adosser le régime social des indépendants au régime général (II).

Compte tenu de l'ampleur de la transformation, une période transitoire d'une durée maximale de deux ans s'ouvrira à partir du 1er janvier 2018. Au cours de cette période, la gestion des différentes missions du RSI doit être progressivement reprise par les caisses du régime général.

Les particularités de la protection sociale des travailleurs indépendants seront maintenues, en particulier l'action sanitaire et sociale, le régime obligatoire de retraite complémentaire et le régime d'invalidité-décès dont ils bénéficient.

Les travailleurs indépendants bénéficieront également d'une organisation et d'une gouvernance dédiées au sein du régime général. Un Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, doté d'instances régionales, doit être créé à cet effet.

Par ailleurs, la mise en place d'un schéma stratégique d'organisation, établi par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), doit permettre d'assurer une bonne articulation entre le recouvrement des cotisations et contributions sociales et le versement des pensions de retraite.

Le personnel du RSI sera transféré aux branches du régime général. Les conditions du transfert doivent être négociées avec les représentants de ces salariés.

Le présent article prévoit par ailleurs d'intégrer une partie des professions libérales au régime général d'assurance vieillesse (III).

Enfin, la possibilité pour les travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels, est proposée à titre expérimental (IV).

DOCUMENT PROVISOIRE

Avec 6,5 millions de ressortissants et 2,8 millions de cotisants, le régime social des indépendants (RSI) est, après le régime général, le second régime de protection sociale par le nombre de personnes assurées.

Le régime a recouvré 15,5 milliards d'euros de cotisations et de contributions sociales en 2016. Il a servi 18,3 milliards d'euros de prestations, réparties de la manière suivante : 8,6 milliards d'euros de prestations d'assurance maladie, 9,2 milliards d'euros de pensions de retraite (dont 7,4 pour les retraites de base) et 339 millions de pensions invalidité-décès, 224 millions d'euros d'indemnités journalières de maladie, 9,2 millions d'euros d'indemnités de congé

paternité et d'accueil de l'enfant, et 108 millions d'euros au titre de l'action sanitaire et sociale.

Les 2,8 millions de cotisants regroupent 37 % de commerçants, 35 % d'artisans et 28 % de professions libérales. Par ailleurs, 40 % des cotisants ont le statut de micro-entrepreneurs, tous groupes professionnels confondus.

La création du RSI en 2006 résulte de l'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005, qui a regroupé les régimes de retraite et d'invalidité-décès des professions artisanales (CANCAVA) et des professions industrielles et commerciales (ORGANIC), ainsi que le régime maladie-maternité des travailleurs non-salariés non-agricoles (CANAM). Cette ordonnance a également mis en place un interlocuteur social unique (ISU) pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Sont rattachés au RSI les travailleurs indépendants, regroupant les professions artisanales, industrielles et commerciales, pour l'ensemble des cotisations et contributions sociales, ainsi que les professions libérales au titre de l'assurance maladie-maternité.

Depuis sa création, le RSI rencontre de graves problèmes de fonctionnement, le sujet de l'appel des cotisations et de leur recouvrement cristallisant le mécontentement d'une partie des assurés. Le climat de méfiance envers le régime s'est accru au cours de la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015. Les actions engagées au cours des dernières années ont permis une amélioration de la fiabilité des comptes des cotisants et un meilleur recouvrement de leurs cotisations, même si des dysfonctionnements importants subsistent.

La contestation qui renaît périodiquement dépasse désormais, pour certains groupes d'assurés, le cadre d'un mécontentement lié à des dysfonctionnements pour s'inscrire dans celui plus global d'une remise en cause du régime.

La persistance d'anomalies, mais également l'évolution des parcours professionnels, caractérisés par le développement des périodes d'affiliation alternées, voire imbriquées, entre le régime général et le RSI, plaident en faveur de l'adossement du régime des travailleurs indépendants au régime général de sécurité sociale.

La réforme proposée par le présent article, attendue par de nombreux travailleurs indépendants, traduit un engagement de campagne du Président de la République. Elle a été préparée par une mission de pilotage menée conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et par l'Inspection générale des finances (IGF), mise en place en juillet 2017 et présidée par M. Dominique Giorgi.

L'adossement du RSI au régime général doit permettre aux travailleurs indépendants de bénéficier de la même qualité de service que les salariés. Cette

DOCUMENT PROVISOIRE

mesure est également justifiée par l'évolution des parcours professionnels, caractérisés par des allers-retours plus fréquents entre activité salariale et indépendante.

I. LE RSI, DES DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS DEPUIS SA CRÉATION

1. Les dysfonctionnements du dispositif de l'interlocuteur social unique

L'interlocuteur social unique (ISU), mis en place par l'ordonnance du 8 décembre 2005 précitée, a été créé afin de simplifier le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les artisans et les commerçants affiliés au régime social des indépendants (RSI), qui acquittaient auparavant leurs cotisations auprès de multiples organismes distincts.

Pourtant, la mise en place de cette réforme s'est accompagnée de dysfonctionnements importants. Outre le fait que le RSI ne couvrait pas l'ensemble des risques ni tous les travailleurs indépendants, les différentes activités liées au recouvrement faisaient l'objet d'un partage des tâches complexe : si les caisses de base du RSI exerçaient les missions de l'interlocuteur social unique, le RSI déléguait ou pouvait déléguer certaines de ses missions aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) [(1)].

Cette répartition des activités et des responsabilités entre le réseau du RSI et celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) s'est rapidement révélée inopérante.

À la fois précipitée et peu pilotée, la mise en place de l'ISU s'est traduite par des dysfonctionnements graves décrits dans plusieurs rapports publics. Ainsi, l'Inspection générale des affaires sociales a rendu public en octobre 2011 un rapport accablant, pointant la « *situation de crise grave et persistante que traverse le RSI depuis la mise en place en 2008 de l'interlocuteur social unique* » et relevant une « *vague d'anomalies considérable* » et de multiples dysfonctionnements, notamment en matière de recouvrement des dettes [(2)].

La Cour des comptes a quant à elle qualifié le démarrage du nouveau régime de « *catastrophe industrielle* » dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012.

---

(1) ou aux Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Outre-mer

(2) Inspection générale des affaires sociales, Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 signée entre l'Etat et le Régime Social des Indépendants (RSI) et recommandations pour la future convention, octobre 2011

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Des actions engagées tardivement pour améliorer le fonctionnement du régime social des indépendants

Plusieurs mesures ont été progressivement mises en place afin d'améliorer la qualité du service rendu par le RSI.

– Au niveau régional, des cellules mixtes, composées en moyenne de six personnes des réseaux URSSAF et RSI, ont été mises en place en octobre 2011 afin d'assurer les échanges d'informations nécessaires et de favoriser un pilotage commun.

– Dans le prolongement de cette expérience de terrain, un décret de juillet 2013 (1) a prévu la signature de conventions, au niveau national et au niveau régional, pour mettre en place « *une organisation permettant le traitement de bout en bout en commun de la gestion du recouvrement des cotisations auprès du public des artisans et des commerçants* ».

Signée le 31 juillet 2013, la convention nationale définit le fonctionnement de l'ISU autour de quatre axes, chacun étant assorti d'indicateurs : la qualité de service au cotisant, la performance du recouvrement, la maîtrise des risques et la dynamique commune de travail en régions. Cette convention formalise les relations entre l'ACOSS et le RSI, mettant ainsi en place les conditions d'un pilotage unifié de l'ISU.

– Par ailleurs, à la suite des conclusions du rapport d'étape pour améliorer le fonctionnement du RSI des anciens députés Fabrice Verdier et Sylviane Bulteau (2), le précédent Gouvernement a lancé en juin 2015 vingt actions en faveur des assurés du RSI. Ce programme de réformes concrètes visait à améliorer les relations entre les travailleurs indépendants et leur organisme de protection sociale. Ont notamment été mises en place la généralisation de la régularisation anticipée des cotisations, l'internalisation de la fonction téléphonie, ou la mise en place de médiateurs de terrain.

En dépit des améliorations de gestion réalisées depuis 2012, les dysfonctionnements de l'interlocuteur social unique ont entraîné une déstabilisation durable du RSI dans son ensemble et une perte de confiance généralisée de ses assurés.

3. Des allers-retours fréquents entre le RSI et le régime général

Le RSI a également été déstabilisé par les évolutions rapides de la population des travailleurs indépendants, liées à la création du statut de micro-entrepreneur et au développement de la poly-activité et de l'activité accessoire.

---

(1) Décret n° 2013-597 du 8 juillet 2013 modifiant les modalités de fonctionnement de l'interlocuteur social unique et d'organisation du régime social des indépendants

(2) Rapport à M. le Premier ministre sur le fonctionnement du RSI dans sa relation avec les usagers, Sylviane Bulteau et Fabrice Verdier, 21 septembre 2015.

DOCUMENT PROVISOIRE

Après une longue période de déclin entamée dans les années 1970, en particulier parmi les artisans, le commerce et les services de proximité, les effectifs des personnes affiliées au RSI ont progressé au début des années 2000, avec une forte augmentation de 26 % entre 2006 et 2011 [(1)]. Ce dynamisme s'explique essentiellement par le vif engouement suscité par le statut d'auto-entrepreneur (aujourd'hui micro-entrepreneur), mis en place par la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008. Les micro-entrepreneurs cotisent, pour plus d'un million d'entre eux, au RSI. Ils représentent ainsi près de 40 % des travailleurs indépendants affiliés à ce régime. Un tiers d'entre eux est néanmoins rattaché à un autre régime de sécurité sociale au titre d'une activité principale. Cette catégorie de travailleurs indépendants, en plein essor, perçoit en moyenne de faibles revenus (5 000 euros dans l'étude d'impact annexée au présent article) et connaît une durée d'affiliation au RSI plus courte : trois ans pour les micro-entrepreneurs contre neuf ans en moyenne pour la population générale des indépendants.

Par ailleurs, les indépendants recourent de plus en plus fréquemment à des formes sociétales comme la société par actions simplifiée (SAS), conduisant d'ores et déjà à une affiliation au régime général. Ainsi, d'après les données fournies par l'étude d'impact, « *56 % des sociétés créées en 2016 ont été des SAS, même si, compte tenu de l'existant, 70 % des sociétés sont encore des SARL* ».

Le RSI se caractérise enfin par une relative volatilité de ses ressortissants, les assurés sociaux connaissant de plus en plus au cours de leur parcours professionnel des périodes d'affiliation alternées, voire imbriquées, entre le régime général et le RSI. L'étude d'impact évalue ainsi à environ 400 000 le nombre de nouveaux travailleurs indépendants qui s'affilient chaque année au RSI, dont 80 % viennent du régime général. De même, environ 400 000 travailleurs indépendants sont radiés du RSI et retournent au régime général chaque année.

Ces allers-retours au sein de la sécurité sociale se justifient de moins en moins, les prestations auxquelles ont droit les travailleurs indépendants s'étant progressivement rapprochées de celles des salariés.

II. L'ADOSSEMENT DU RSI AU RÉGIME GÉNÉRAL

A. LE TRANSFERT DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES À L'ACOSS

1. Un rapprochement du RSI et de l'ACOSS déjà engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

L'article 16 de la LFSS pour 2017 a réformé le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en

(1) INSEE, Emploi et revenu des indépendants 2015

DOCUMENT PROVISOIRE

mettant en place une responsabilité conjointe et égale des réseaux du RSI et de l'ACOSS dans la mise en œuvre du recouvrement.

Les deux réseaux sont ainsi, depuis le 1er janvier 2017, pleinement compétents, à égalité et de manière permanente, sur l'ensemble du processus de recouvrement, chaque réseau disposant néanmoins d'une compétence exclusive dans certains domaines :

– Le RSI reste seul compétent en ce qui concerne l'affiliation des travailleurs indépendants à la sécurité sociale et les opérations d'action sociale. Les commissions de recours amiables du RSI sont par ailleurs seules compétentes pour examiner les recours portant sur l'ensemble des cotisations dues par les travailleurs indépendants.

– L'ACOSS est quant à elle entièrement responsable des opérations de contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et contributions des travailleurs indépendants, et de la comptabilisation des produits et des charges, ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents, qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales concernées.

La mise en place d'une responsabilité partagée entre le RSI et le réseau de recouvrement du régime général s'est accompagnée d'une réforme du pilotage des missions de recouvrement, grâce à la création d'un poste de directeur national unique chargé du recouvrement, désigné conjointement par le directeur de l'ACOSS et le directeur général de la Caisse nationale du RSI. Cette réforme du pilotage a également été déclinée au niveau local, puisque des responsables locaux chargés du recouvrement, relevant à la fois de la direction des caisses de base du RSI et de celle des URSSAF devaient être nommés.

Cette réforme du RSI est entrée en vigueur dès le 1er janvier 2017, à trois exceptions près :

– en matière de recouvrement des cotisations d'assurance famille, des contributions sociales (CSG et CRDS) et de la contribution à la formation professionnelle dues par les professions libérales, l'entrée en vigueur de la réforme était prévue le 1er janvier 2018 ;

– en matière d'assurance vieillesse, la date d'entrée en vigueur de l'affiliation au RSI des professions libérales non réglementées devait intervenir à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2018 pour les micro-entrepreneurs, et le 1er janvier 2019 pour les autres travailleurs indépendants relevant des professions libérales non réglementées ;

– enfin, les dispositions relatives à la suppression de la délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales, qui avait été prévue par l'article 13 de la LFSS pour 2016, devaient entrer en vigueur le 1er janvier 2018.

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Le transfert du recouvrement à l'ACOSS

Si la mise en place d'une compétence commune entre l'ACOSS et le RSI en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants par l'article 16 de la LFSS pour 2017 constitue un progrès récent qui a permis de développer des outils de travail communs, il n'en demeure pas moins que cette responsabilité partagée peut être source de fragilité et d'ambiguïté dans la répartition des tâches.

Le présent article met donc fin à la co-responsabilité entre l'ACOSS et le RSI, pour confier le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants exclusivement à l'ACOSS et, au niveau local, aux URSSAF.

À cet effet, le **5°** du **I** modifie l'article L. 213-1 relatif aux URSSAF. Il supprime la compétence commune au RSI et au régime général en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, pour en faire une compétence exclusive du régime général.

De même, le **11°** du **I** modifie l'article L. 225-1-1 relatif à l'ACOSS, pour préciser que l'agence est compétente en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Les **1°** et **2°** du **VI** abrogent l'ensemble des dispositions, dans le livre VI du code de la sécurité sociale, établissant une co-responsabilité entre le RSI et le régime général en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, désormais confiés au seul régime général.

B. LE RATTACHEMENT DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS AUX BRANCHES MALADIES ET VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

L'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale définit le champ du régime général de sécurité sociale. Seules les personnes salariées sont, en l'état du droit, couvertes au titre de la prise en charge des frais de santé et des assurances sociales, définies comme le versement des prestations en espèces liées aux risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité et de paternité.

Le **1°** du **I** a pour objet de rattacher les travailleurs indépendants au régime d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base du régime général. À cet effet, il complète l'article L. 200-1 précité pour préciser que le régime général couvre également les personnes non-salariées non-agricoles, « *pour le versement des prestations en espèces au titre des assurances maladies, maternité, paternité et vieillesse* ».

Il est également prévu que le régime général couvre les travailleurs indépendants au titre de la protection universelle maladie (PUMA).

DOCUMENT PROVISOIRE

Plusieurs dispositions du **I** modifient les articles relatifs aux compétences des caisses de sécurité sociale, afin à la fois de tirer les conséquences de la suppression du RSI et de clarifier la rédaction de certains articles.

Ainsi, le **2°** du **I** supprime, à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, les dispositions mentionnant la caisse correspondant à chaque type de risque, pour les réécrire au sein des articles relatifs à chaque organisme.

Le **9°** et le **10°** du **I** réécrivent respectivement les articles L. 222-1, relatif à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), et L. 223-1, relatif à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), sur le même modèle que la rédaction retenue à l'article L. 221-1 portant sur les compétences de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Cette clarification de la rédaction, effectuée pour cette dernière caisse à l'occasion de la mise en œuvre de la PUMA, est aujourd'hui transposée, par cohérence et pour davantage de lisibilité, pour la CNAV et la CNAF.

Les, **6°**, **7°**, **8°**, **9°** et **12°** du **I** modifient les articles relatifs au champ de compétence respectivement, des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) (**6°**, article L. 215-1), de la CNAM (**7°**, article L. 221-1 et **8°**, article L. 221-3-1), de la CNAV (**9°**, article L. 222-1) et aux conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et les organismes de sécurité sociale (**12°**, article L. 227-1), à la fois pour tenir compte de la suppression du RSI et de la spécificité des travailleurs indépendants (voir *infra* sur ce point).

Les **3°**, **7°**, **8°** et **9°** du **I** procèdent en outre à des modifications d'ordre rédactionnel visant à tirer les conséquences de la réforme proposée par le présent article.

1. L'assurance maladie des travailleurs indépendants

a. Une compétence du RSI aujourd'hui déléguée à des organismes conventionnés

En l'état du droit, conformément à l'article L. 611-8 du code de la sécurité sociale, les caisses de base du RSI assurent, sous le contrôle de la Caisse nationale du RSI, les missions relatives à la gestion du risque d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants.

Toutefois, en application de l'article L. 611-20 du même code, la Caisse nationale du RSI peut confier à des organismes conventionnés le soin d'assurer, pour le compte des caisses de base, le versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants. La Caisse nationale a ainsi conclu des conventions avec un réseau d'organismes conventionnés, c'est-à-dire des mutuelles ou des groupements de sociétés d'assurances, rattachés à la Fédération française des sociétés d'assurances ou à la Fédération nationale de la mutualité française. Dans ce cadre, ces organismes jouent un rôle équivalent à

DOCUMENT PROVISOIRE

celui des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour le régime général (gestion de la carte vitale, remboursement des frais médicaux, inscription des ayants droit…).

b. Le transfert de la gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants au régime général

Le présent article rattache la gestion de l'assurance maladie des travailleurs indépendants au régime général grâce à la modification de l'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale relatif au champ du régime général, en vertu du **1°** du **I**.

Le **7°** et le **8°** du **I** modifient en outre les articles L. 221-1, relatif au rôle de la CNAM, et L. 221-3-1, relatif aux missions de son directeur général.

Le **4°** du **I** réécrit l'article L. 211-1 afin de redéfinir en conséquence le champ de compétence des CPAM.

c. La suppression de la délégation aux organismes conventionnés

● Le **III** du présent article supprime la délégation du versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants aux organismes conventionnés.

Le **2°** du **III** abroge ainsi l'article L. 611-20 du code de la sécurité sociale. L'article 16 de la LFSS pour 2017 avait déjà prévu la suppression du premier alinéa de cet article, relatif à la délégation aux organismes conventionnés de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants, suppression qui devait entrer en vigueur le 1er janvier 2018.

Le **2°** du **III** permet donc en réalité de supprimer le deuxième alinéa de l'article L. 611-20, relatif à la délégation, par le RSI, aux organismes conventionnés du versement des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants.

Le **1°** du **III** modifie l'article L. 160-17 en conséquence, en supprimant les dispositions de l'article visées par l'article L. 611-20 abrogé.

En vertu du **7°** du **VII**, la suppression de cette délégation doit entrer en vigueur le 1er janvier 2019.

● Par ailleurs, le **7°** du **VII** précise les modalités de la reprise, en gestion directe, de l'activité des organismes conventionnés :

La réforme se traduit en premier lieu par le transfert, au 1er janvier 2018, du pilotage de la délégation de gestion confiée aux organismes conventionnés à la CNAM. Dès cette date, la CNAM se substitue à la Caisse nationale du RSI dans tous les actes juridiques conclus par celle-ci avec les organismes conventionnés.

DOCUMENT PROVISOIRE

Les délégations de gestion existant entre les organismes conventionnés et la Caisse nationale du RSI demeurent en vigueur pour les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant le 1er janvier 2019, et ce jusqu'à l'échéance des conventions conclues avec la Caisse nationale du RSI**.**

Les conventions et les contrats conclus à ce titre, en vigueur à la date de publication de la présente loi, continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme pour le service des prestations dues aux travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant le 1er janvier 2019. La CNAM et les organismes signataires concernés peuvent renouveler ces mêmes conventions, modifiées le cas échéant par avenant, pour assurer le service des prestations dues aux mêmes assurés jusqu'au 31 décembre 2020 au plus tard.

L'ensemble des droits et obligations des organismes conventionnés, y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux CPAM de leur circonscription[1], au plus tard le 31 décembre 2020. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

Enfin, le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires, de l'absence de renouvellement des conventions fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

d. Les prestations et les cotisations maladie et maternité des travailleurs indépendants

Le **7°** du **II** modifie le titre II du livre VI du code de la sécurité sociale. Regroupant aujourd'hui des dispositions intitulées « généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse », il doit être consacré à l'« assurance maladie et maternité » des travailleurs indépendants.

Le titre II doit être composé de trois chapitres, le premier relatif aux « cotisations » (**8°** du **II**), le chapitre II aux « prestations maladie en espèces » (**9°** du **II**) et le chapitre III à l' « assurance maternité » (**10°** du **II**).

● Au sein du chapitre premier, consacré aux cotisations dues au titre de la couverture des risques d'assurance maladie et maternité, sont distingués les travailleurs indépendants d'une part et les professions libérales et les avocats d'autre part.

– L'article L. 621-1 *nouveau* précise que les travailleurs indépendants, à l'exception des professions libérales, sont redevables d'une cotisation assise sur leurs revenus d'activité, selon des modalités différentes selon qu'ils bénéficient (article L. 133-6-8) ou non (articles L. 131-6 à L. 131-6-2) du régime micro-

[1] *Et aux CGSS en Outre-mer*

DOCUMENT PROVISOIRE

social. Le taux de cotisation est fixé par décret. Cet article précise en outre les modalités selon lesquelles les travailleurs indépendants ne relevant pas du régime micro-social peuvent bénéficier d'un taux de cotisation réduit.

– L'article L. 621-2 *nouveau* est relatif aux cotisations des professions libérales et des avocats. Leur cotisation est assise sur leurs revenus d'activités. Le taux est fixé par décret et ne peut être supérieur à celui prévu pour les autres travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 621-1, à l'exception des micro-entrepreneurs.

● Le **9°** du **II** regroupe les dispositions du chapitre II, relatif aux prestations maladies en espèces des travailleurs indépendants.

L'article L. 622-1 est réécrit pour préciser que les travailleurs indépendants, à l'exception des professions libérales, bénéficient, sous réserve d'adaptations par décret, en cas de maladies, de prestations en espèces calculées, liquidées et servies dans les mêmes conditions que celles prévues pour le régime général, en ce qui concerne les indemnités journalières.

L'article L. 613-20, relatif aux prestations supplémentaires, devient l'article L. 622-2 et est modifié, le nouvel article mentionnant seulement les prestations supplémentaires accordées aux professions libérales et aux avocats, et non plus également celles dont pouvaient bénéficier les autres travailleurs indépendants.

Les prestations supplémentaires des travailleurs indépendants, hors professions libérales, instituées par décret sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale du RSI, correspondent au versement d'indemnités journalières de maladie. Le rattachement des travailleurs indépendants à l'assurance maladie et maternité du régime général conduit à intégrer ces prestations supplémentaires – en l'occurrence les indemnités journalières – dans les prestations servies par le régime général dont bénéficient les travailleurs indépendants, conformément à la nouvelle rédaction de l'article L. 622-1 du code de la sécurité sociale (***b)*** du **9°** du **II**).

Les professions libérales ne disposant pas, en l'état du droit et contrairement aux autres travailleurs indépendants, d'indemnités journalières au titre des prestations supplémentaires, la possibilité pour elles d'en bénéficier a été laissée ouverte par la nouvelle rédaction de l'article L. 622-2.

Il est en outre précisé à cet article que le service de ces prestations est délégué, par convention établie entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la CNAM, aux CPAM [(1)].

(1) Et aux CGSS en Outre-mer

DOCUMENT PROVISOIRE

● Enfin, le **10°** regroupe les dispositions du chapitre III, intitulé « Assurance maternité ». Les articles L. 613-19 à L. 613-19-3 deviennent les articles L.623-1 à L. 623-4, sans changement de fond par rapport au droit existant.

2. L'assurance vieillesse de base

a. Une forte imbrication, inhérente au fonctionnement du RSI, entre recouvrement des cotisations et retraites

En l'état du droit, le RSI gère à la fois le régime de retraite de base des indépendants et leur régime de retraite complémentaire et d'invalidité-décès, en application de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale.

L'articulation étroite entre le recouvrement des cotisations et l'ouverture des droits à la retraite constitue une caractéristique fondamentale du RSI que ne connaît pas le régime général. D'une manière générale, le RSI doit pouvoir contrôler que le travailleur indépendant a bien déclaré ses revenus et connaître l'état de ses cotisations pour assurer le versement des prestations. Ainsi, en matière de retraite, la validation de quatre trimestres de retraite se fait non pas en lien avec la durée d'activité mais en rapport avec le montant des cotisations versées.

Par ailleurs, pour les organismes de retraite, la mise en place de la liquidation unique des retraites (LURA) le 1er juillet 2017 a permis des avancées très importantes en matière de collaboration entre régimes salariés et non-salariés. En effet, la LURA permet un calcul et un versement unique des pensions de retraite pour les poly-pensionnés, c'est-à-dire les assurés ayant été affiliés à plusieurs régimes de retraite au cours de leur carrière (régime général des salariés, régime social des indépendants et régime des salariés agricoles), par la dernière caisse à laquelle ils ont été affiliés. Ainsi, les CARSAT, en tant que dernière caisse d'affiliation, liquident déjà, depuis le 1er juillet 2017, des retraites pour des assurés qui ont passé une partie de leur carrière au RSI.

Avec la disparition du RSI, les CARSAT liquideront donc les retraites des assurés dont la dernière activité ou l'unique activité est exercée en tant qu'indépendants.

b. Le transfert du régime d'assurance retraite de base du RSI au régime général

Le présent article transfère l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants au régime général grâce à la modification de l'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale relatif au champ du régime général, en vertu du **1°** du **I**.

En conséquence, les **6°** et **9°** du **I** modifient respectivement les articles L. 215-1 du même code, relatif aux compétences des CARSAT, et L. 222-1, relatif au rôle de la CNAV.

DOCUMENT PROVISOIRE

Par ailleurs, les points **11°** à **16°** du **II** modifient le titre III, rebaptisé « Assurance invalidité et vieillesse » du livre VI du code de la sécurité sociale.

Le chapitre premier, intitulé « Champ d'application » est composé d'un seul article L. 631-1 *nouveau*, en vertu du **12°** du **II**. Cet article précise que le titre III s'applique aux travailleurs indépendants, à l'exception de certaines professions libérales – celles mentionnées à l'article L. 640-1 – et des avocats.

Le **14°** et le **15°** du **II** sont relatifs à l'assurance vieillesse. Le **14°** modifie le chapitre III, consacré aux « cotisations d'assurance vieillesse », le **15°** modifiant quant à lui le chapitre IV, relatif aux « prestations d'assurance vieillesse ».

L'article L. 633-10, relatif aux cotisations d'assurance vieillesse, est modifié et renuméroté L. 633-1, sans modification de fond.

Les articles L. 634-2, L. 634-3-1, L. 634-6, relatifs aux prestations d'assurance vieillesse, sont modifiés afin de prendre en compte le transfert de compétence de l'assurance vieillesse de base du RSI au régime général.

Le rapporteur général tient à souligner que seule l'assurance vieillesse de base est transférée au régime général. Les régimes d'assurance invalidité-décès (**13°** du **II**) et d'assurance vieillesse complémentaire des travailleurs indépendants (**16°** du **II**) ne sont quant à eux pas intégrés au régime général (voir *infra*).

c. Un lien entre le recouvrement et les droits à retraite maintenu et sécurisé

Le lien entre recouvrement des cotisations et ouverture des droits à la retraite, inhérent au fonctionnement du RSI, est maintenu au sein de la nouvelle organisation proposée par le présent article.

Le **14°** du **I** du présent article créé un article L. 233-1 *nouveau*, qui prévoit la mise en place d'un schéma stratégique d'organisation, établi conjointement par les directeurs l'ACOSS et de la CNAV et approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Ce schéma fixe les orientations et les modalités d'organisation permettant :

– d'assurer une bonne articulation des activités réalisées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les CARSAT auprès des travailleurs indépendants, notamment l'accueil et l'accompagnement des assurés, la réception de leurs demandes, l'instruction de leurs demandes d'action sociale, l'enregistrement et la fiabilisation des droits futurs que le paiement de leurs cotisations permet d'ouvrir ;

– de sécuriser l'atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et l'ACOSS d'une part

DOCUMENT PROVISOIRE

et entre l'État et la CNAV d'autre part, en ce qui concerne les travailleurs indépendants.

C. LE CONSEIL DE LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS, NOUVELLE INSTANCE REPRÉSENTATIVE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Les travailleurs indépendants bénéficieront d'une organisation et d'une gouvernance dédiées au sein du régime général grâce à la création du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI).

Le **3°** et le **4°** du **II** créent ainsi un chapitre entier consacré à cette nouvelle instance au sein du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale, composé des articles L. 612-1 à L. 612-8.

1. Le rôle du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants

L'article L. 612-1 précise le rôle du CPSTI. Il est chargé :

– de veiller à la bonne application aux travailleurs indépendants des règles du code de la sécurité sociale relatives à leur protection sociale et à la qualité du service qui leur est rendu par les organismes du régime général assurant le recouvrement des cotisations et le service des prestations ;

– de déterminer des orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants ; ces orientations étant soumises pour approbation à l'autorité compétente de l'État ;

– de piloter le régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et le régime invalidité-décès des travailleurs indépendants et la gestion du patrimoine y afférent ;

– d'animer, coordonner et contrôler l'action des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Le CPSTI peut en outre faire au ministre chargé de la sécurité sociale toute proposition de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Il peut être saisi par le ministre de toute question relative à la protection sociale des travailleurs indépendants. Il est saisi pour avis des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des projets de mesures législatives ou réglementaires lorsque celles-ci concernent spécifiquement la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

La CNAM, la CNAV et l'ACOSS rendent compte au moins une fois par an de la qualité de service rendu aux travailleurs indépendants. Le CPSTI rend un avis sur la qualité de ce service et formule, le cas échéant, des recommandations d'évolution ou d'amélioration de celui-ci.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le Conseil peut en outre formuler des recommandations relatives à la mise en œuvre par les CPAM et les CGSS d'actions de prévention menées plus particulièrement à destination des travailleurs indépendants.

Le Conseil formule également des propositions relatives notamment à la politique de services rendus aux travailleurs indépendants, qui sont transmises aux Caisses nationales du régime général en vue de la conclusion des conventions d'objectifs et de gestion entre ces Caisses et l'État.

2. Les instances régionales du Conseil

En application de l'article L. 612-4, le CPSTI dispose d'instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants, composées de représentants des travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national.

Les instances régionales décident de l'attribution des aides et des prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants, dans le cadre des orientations définies par le CPSTI.

Au sein des conseils et conseils d'administration des CPAM, des URSSAF, des CARSAT, des caisses communes de sécurité sociale (CCSS) et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS), un membre de l'instance régionale de la protection sociale des travailleurs indépendants de la région dans laquelle se situent ces caisses, désigné par cette instance, représente le CPSTI. Il dispose dans ces conseils et conseils d'administration d'une voix consultative. Les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants procèdent aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

Les instances régionales désignent en outre un médiateur chargé d'accompagner dans leur circonscription les travailleurs indépendants amenés à former une réclamation relative au service de leurs prestations de sécurité sociale ou au recouvrement de leurs cotisations par les organismes du régime général.

3. La composition et le financement du Conseil

L'article L. 612-2 précise que le CPSTI est un organisme de droit privé disposant de la personnalité morale. Il est doté d'une assemblée générale délibérante et d'un directeur nommé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Conformément à l'article L. 612-3, l'assemblée générale du CPSTI comprend :

– des représentants des travailleurs indépendants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de ces travailleurs au niveau national ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– des personnalités qualifiées, désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'État est également représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du gouvernement. Participent également aux réunions, en fonction de l'ordre du jour, les directeurs ou directeurs généraux de la CNAM, de la CNAV et de l'ACOSS ou leurs représentants.

Par ailleurs, au sein du conseil ou du conseil d'administration de ces mêmes organismes, un membre de l'assemblée générale, désigné par celle-ci, représente le CPSTI. Il dispose dans ce conseil ou ces conseils d'administration d'une voix consultative. L'assemblée générale procède aux autres désignations nécessaires à la représentation des travailleurs indépendants dans les instances ou organismes au sein desquels ceux-ci sont amenés à siéger.

L'article L. 612-6 précise les modalités de désignation des représentants des travailleurs indépendants membres de l'assemblée générale du CPSTI et de ses instances régionales. Peuvent ainsi désigner des membres au sein de ces instances les organisations professionnelles considérées comme représentatives des travailleurs indépendants au regard d'une série de critères (respect des valeurs républicaines, indépendance, transparence financière, ancienneté minimale de deux ans, influence – prioritairement caractérisée par l'activité et l'expérience, et audience – mesurée en fonction du nombre de travailleurs indépendants volontairement adhérents).

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'appréciation de ces critères, les modalités de recueil et d'examen des candidatures préalables à ces désignations et la règle permettant d'établir, sur la base de l'audience, le nombre de membres que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l'assemblée générale du CPSTI et de ses instances régionales.

Enfin, l'article L. 612-5 précise que les dépenses nécessaires à la gestion administrative du CPSTI, d'une part, et celles nécessaires à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants, d'autre part, sont couvertes par des dotations annuelles attribuées par les branches maladie, maternité et vieillesse du régime général, par les régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants.

Le montant global de chacune des deux dotations est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du CPSTI. Celui-ci procède à la répartition de la dotation nécessaire à la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale attribuée à chaque instance régionale. Un décret fixe les modalités de répartition de ces dotations entre les branches et régimes mentionnés au premier alinéa.

DOCUMENT PROVISOIRE

4. Entrée en vigueur

En vertu du **3°** du **VII**, l'entrée en vigueur des dispositions relatives au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et à ses instances régionales est prévue le 1er janvier 2019.

En 2018, ces fonctions seront assurées respectivement par la Caisse nationale et les caisses locales du RSI, prenant la dénomination de Caisse nationale et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des indépendants.

Il est précisé qu'à compter de cette date et jusqu'à la dissolution de ces caisses, dans l'hypothèse où le mandat des membres de leurs conseils d'administration arriverait à échéance, les membres siégeant au sein de l'assemblée générale du CPSTI ou de ses instances régionales exercent respectivement, de façon simultanée, le mandat de membre du conseil de la caisse nationale et des caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des indépendants situées dans le ressort géographique de chaque instance régionale.

D. LE MAINTIEN DES PARTICULARITÉS DE LA PROTECTION SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

En dépit de l'adossement du RSI au régime général, des particularités de la protection sociale des travailleurs indépendants sont maintenues, comme l'action sanitaire et sociale ou leurs régimes de retraite complémentaire et d'invalidité-décès.

1. L'action sanitaire et sociale

L'action sanitaire et sociale intervient en complément de la protection sociale légale pour répondre aux besoins et aux situations spécifiques propres aux travailleurs indépendants et non prévus par la loi.

Elle revêt une importance particulière au sein du RSI, notamment pour accompagner les cotisants dont l'activité est en baisse et pour lesquels des retards de paiement sont observés. Elle a ainsi représenté en 2016 près de 108 millions d'euros.

Aussi, le présent article prévoit de conserver une gestion spécifique de ces aides destinées aux travailleurs indépendants par les nouveaux organismes représentatifs de ces travailleurs.

En effet, conformément au **4°** du **II**, les orientations générales relatives à l'action sanitaire et sociale déployée spécifiquement en faveur des travailleurs indépendants sont déterminées par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (article L. 612-1 du code de la sécurité sociale).

L'attribution des aides et des prestations individuelles en matière d'action sanitaire et sociale accordées aux travailleurs indépendants est quant à elle décidée

DOCUMENT PROVISOIRE

par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants, dans le cadre des orientations définies par le CPSTI (article L. 612-4 du même code). Plus précisément, les demandes sont déposées auprès des organismes locaux et régionaux du régime général, qui les instruisent, saisissent les instances régionales pour décision et procèdent au paiement des aides et prestations attribuées.

Les compétences des organismes du régime général sont modifiées en conséquence. Ainsi, le **9°** du **I** complète l'article L. 222-1 relatif à la CNAV pour préciser que celle-ci met en œuvre, pour les travailleurs indépendants, les décisions prises par les instances du CPSTI en matière d'action sanitaire et sociale. Le **6°** du **I** modifie l'article L. 215-1 relatif aux CARSAT pour ajouter que ces caisses « *mettent en œuvre les décisions des instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants, en vue de leur retraite* ». Enfin, le **5°** du **I** complète l'article L. 213-1 pour préciser que les URSSAF sont chargées de « *la mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales de la protection sociale des travailleurs indépendants destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales* ».

2. L'assurance vieillesse complémentaire et l'assurance invalidité-décès

a. Des régimes complémentaires autonomes

Comme le notent Fabrice Verdier et Sylviane Bulteau dans leur rapport de 2015 consacré au RSI [(1)], le particularisme de ce régime tient notamment dans la mise en place de régimes complémentaires qui, à la différence des régimes de base, ont un financement assuré exclusivement par des ressources internes, cotisations et produits financiers.

Le régime obligatoire d'assurance vieillesse complémentaire, tout d'abord, fonctionne par points à l'instar des régimes ARRCO et AGIRC et à la différence des régimes de retraite de base gérés par la CNAV, qui fonctionnent en annuités. Contrairement à ces derniers, ces régimes connaissent des perspectives d'évolutions favorables, puisqu'ils ont versé 1,8 milliard d'euros de pensions en 2016 et disposent de réserves financières d'un montant supérieur à 16 milliards d'euros début 2017, ce qui garantit leur pérennité jusqu'en 2056.

Le régime invalidité-décès, ensuite, est équilibré. Il diffère du régime général à plusieurs égards. Les principales différences concernent notamment :

– les prestations d'invalidité partielles, pour lesquelles le RSI prend en compte l'incapacité au métier exercé, alors que le régime général considère l'incapacité à exercer une profession quelconque ;

---

(1) Rapport au Premier ministre sur le fonctionnement du RSI dans son fonctionnement avec les usagers, remis le 21 septembre 2015

DOCUMENT PROVISOIRE

– les montants minima des pensions, qui sont plus élevés au RSI ;

– des paramètres techniques, comme les modalités de revalorisation des pensions ou la périodicité des contrôles de non-cumul d'activité ;

– le risque décès, avec l'existence de cotisations spécifiques et l'attribution d'un capital aux enfants à charge.

Le présent article propose de préserver la spécificité de ces deux régimes complémentaires, qui font l'objet d'une gestion autonome : en application de l'article L. 612-1 tel que modifié par le **4°** du **I**, le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants est chargé du pilotage du régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants, ainsi que de la gestion du patrimoine y afférent.

b. L'assurance vieillesse complémentaire

Le chapitre V, renommé « Assurance vieillesse complémentaire », du titre III du livre VI du code de la sécurité sociale, est modifié par le **16°** du **II** du présent article.

Ce régime complémentaire de retraite obligatoire dont bénéficient les travailleurs indépendants est maintenu, conformément à l'article L. 635-1 modifié. Les travailleurs indépendants, obligatoirement affiliés à ce régime, continueront de bénéficier à ce titre d'une pension exprimée en points, à la différence du régime de retraite de base qui fonctionne en annuités.

Un décret doit déterminer les règles de pilotage de ce régime complémentaire, notamment « *les conditions dans lesquelles le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter les critères de solvabilité* ».

Si le régime reste piloté par les instances représentatives des travailleurs indépendants, le service des prestations d'assurance vieillesse complémentaire est néanmoins délégué aux CARSAT[1], conformément à l'article L. 635-4-1 *nouveau* (***d)*** du **16°** du **II**). Les conditions de cette délégation de compétence sont fixées par convention entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la CNAV.

c. L'assurance invalidité-décès

Le **13°** du **II** modifie le chapitre II, intitulé « Assurance invalidité et décès », du titre III du livre VI du code de la sécurité sociale.

Les articles L. 635-5 et L. 635-6 sont modifiés et deviennent les articles L. 632-1 et L. 632-4.

---

(1) et aux CGSS en Outre-mer

DOCUMENT PROVISOIRE

Alors que le service des prestations de pension d'invalidité des travailleurs indépendants était géré par le service retraite des caisses de base du RSI, l'article L. 632-3 *nouveau* précise que cette compétence est désormais déléguée, dans des conditions fixées par convention entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la CNAM, aux CPAM [(1)].

L'article L. 632-4 précise toutefois que les conditions d'attribution, de révision, et les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension, qui étaient déterminées par un règlement de la Caisse nationale du RSI approuvé par arrêté ministériel, seront déterminées par un règlement du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, également approuvé par arrêté ministériel.

Le service des prestations de pension d'invalidité des travailleurs indépendants est donc désormais délégué aux CPAM, mais dans des conditions déterminées par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

3. Le conjoint collaborateur

Le **19°** du **II** crée, au sein du Livre VI du code de la sécurité sociale, un titre VIII *nouveau*, intitulé « Dispositions applicables aux conjoints collaborateurs » et composé d'un unique article. L'article L. 611-2 *nouveau* reprend les dispositions qui figuraient à l'article L. 622-8.

4. Un suivi spécifique du service rendu aux travailleurs indépendants au sein des organismes du régime général

Le **12°** du **I** complète l'article L. 227-1, relatif aux conventions d'objectifs et de gestion, pour préciser que les conventions conclues entre l'État et respectivement la CNAM, la CNAV et l'ACOSS « *identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants* ».

En matière d'assurance vieillesse, le **14°** du **I** met en place entre l'ACOSS et la CNAV un schéma stratégique d'organisation, afin d'assurer une bonne articulation des activités réalisées par les URSSAF et les CARSAT auprès des travailleurs indépendants et de sécuriser l'atteinte des objectifs de qualité de service fixés par les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et l'ACOSS d'une part et entre l'État et la CNAV d'autre part, en ce qui concerne les travailleurs indépendants (article L. 233-1 *nouveau*, *voir supra*).

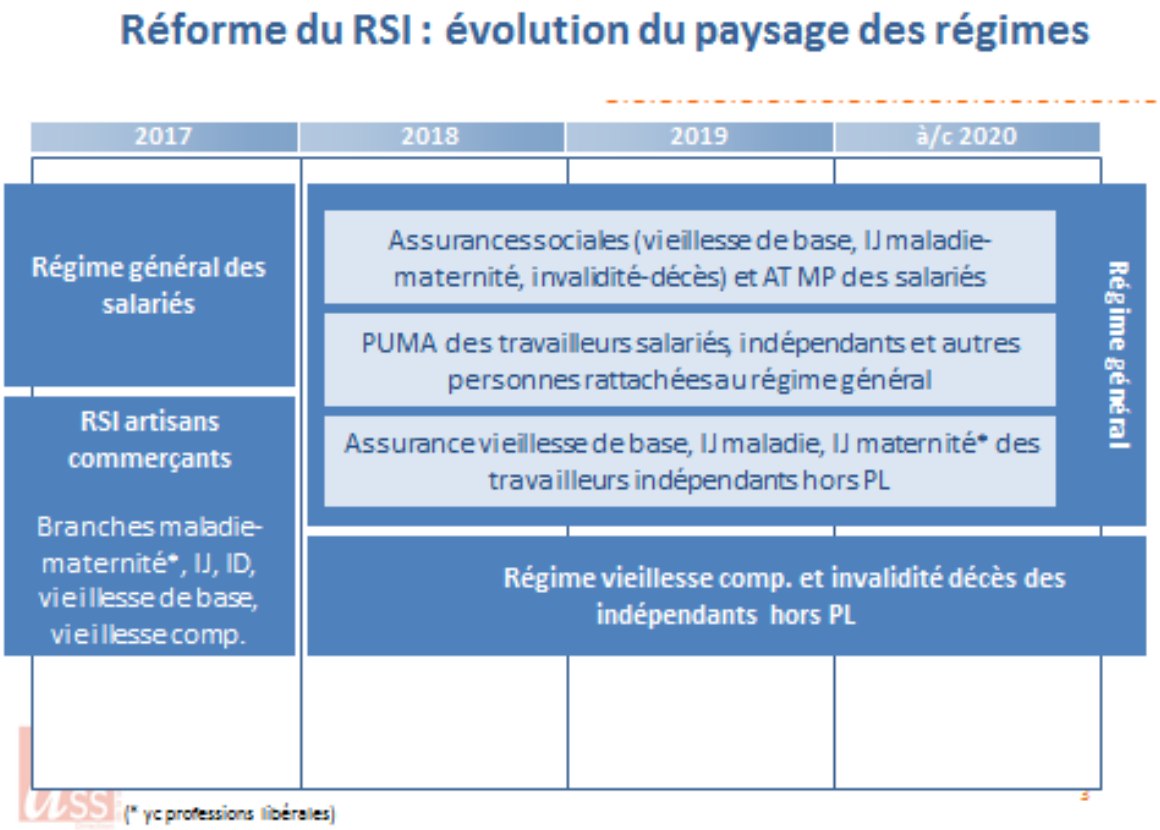
Un suivi spécifique a également été prévu concernant l'assurance maladie des travailleurs indépendants. En effet, le **7°** du **I** modifie l'article L. 221-1 relatif au rôle de la CNAM pour préciser que le rapport d'activité et de gestion, publié chaque année par la CNAM, comporte « *des données relatives aux services rendus aux travailleurs indépendants* ». L'article L. 221-3-1 est également modifié par le

---

(1) et aux CGSS en Outre-mer.

DOCUMENT PROVISOIRE

8° du **I** pour prévoir que le directeur général de la CNAM rend compte périodiquement du service rendu aux travailleurs indépendants au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.



Source : Direction de la sécurité sociale

E. UNE RÉFORME PROGRESSIVE GRÂCE À UNE PHASE TRANSITOIRE DE DEUX ANS

Compte tenu de l'ampleur de la réforme, une période transitoire de deux ans – du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019 – a été prévue, pendant laquelle les différentes missions du RSI seront progressivement reprises par les caisses du régime général.

Le présent article comprend à cet égard plusieurs dispositions destinées à permettre le bon déroulement de la réforme.

1. La mise en place d'un comité de pilotage de la réforme

Le **4°** du **VII** prévoit la mise en place, pendant la période transitoire de deux ans, d'un comité chargé du pilotage des opérations. Ce comité est composé des directeurs de la CNAM, de la CNAV, de l'ACOSS et du directeur général de la Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, nouvelle dénomination de la Caisse nationale du RSI jusqu'à sa dissolution le 1er janvier 2020.

Il est notamment chargé de définir un schéma d'organisation des services, préfigurant le schéma stratégique d'organisation qui doit être établi entre l'ACOSS et de la CNAV, conformément à l'article L. 233-1 *nouveau* précité.

Le schéma d'organisation des services a également pour objet d'organiser la période transitoire comprise entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2019, en précisant le cadre général et le calendrier dans lequel sont préparés le transfert des différentes missions et activités des caisses du RSI vers les caisses du régime général, ainsi que l'intégration des personnels des caisses du RSI au sein du régime général. Il est approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

2. Les caisses du RSI, rebaptisées « caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants »

Dès le 1er janvier 2018, la caisse nationale du RSI et les caisses de base du RSI prennent respectivement la dénomination de Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, en vertu du **2°** du **VII** du présent article.

Pendant la période transitoire de deux ans, ces caisses apportent leur concours aux caisses du régime général s'agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. À ce titre, elles continuent d'exercer tout ou partie des missions antérieurement dévolues aux caisses du RSI, pour le compte des caisses du régime général et dans les conditions fixées par le schéma d'organisation des services mis en place par le **1°** du **VII**.

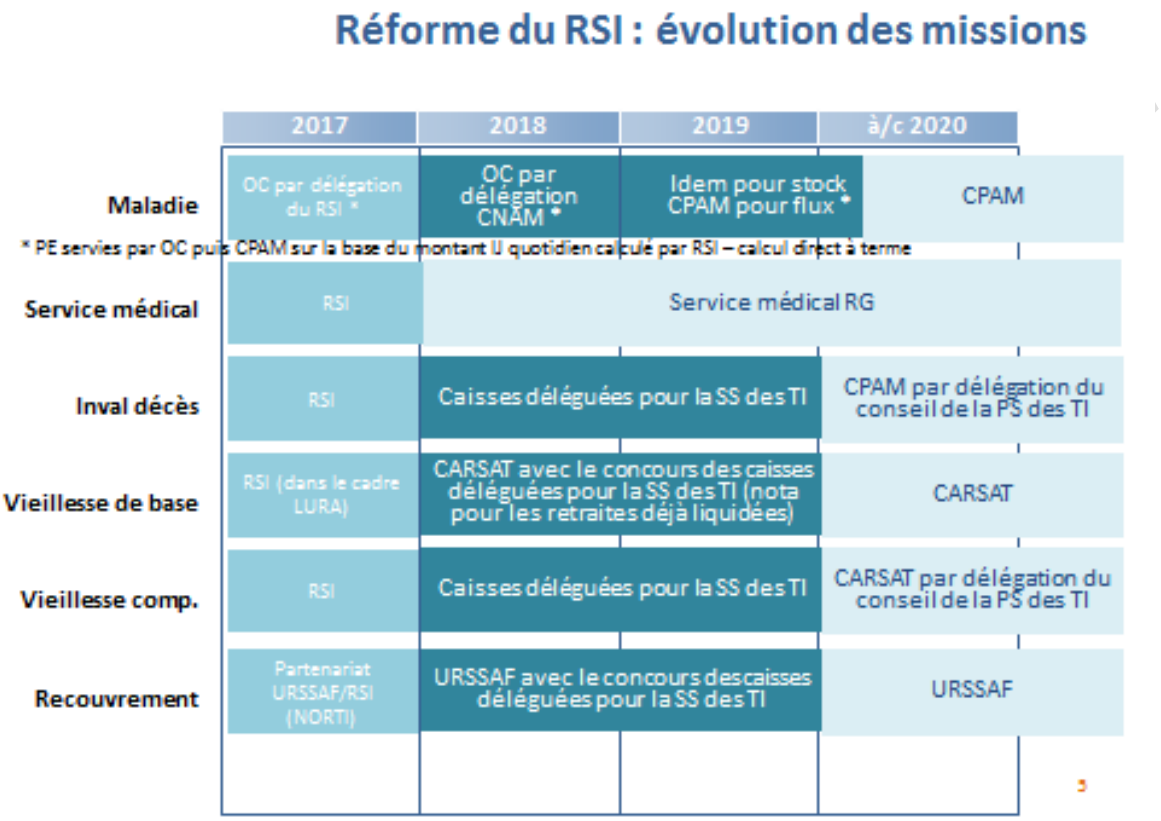
La Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants continue par ailleurs d'exercer, sous réserve de ce qui échoit désormais à la CNAM, à la CNAV et à l'ACOSS en vertu des dispositions du présent article, les missions, définies à l'article L. 611-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au présent article, qu'elle exerçait avant le 1er janvier 2018, à l'exception du financement du RSI et du pilotage du contrôle médical. Ces missions concernent notamment la coordination et le contrôle de l'action des caisses de base ainsi que le contrôle, conjointement avec les caisses de base, des organismes conventionnés, la promotion des actions de prévention, d'éducation et d'information, l'action sanitaire et sociale, ou encore le contrôle du service des prestations afin de détecter les fraudes.

De même, au cours de la période transitoire, les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies, sous réserve des dispositions du présent article, par plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale relatives à leur champ de compétence, en particulier la lutte contre la fraude (article L. 114-16-3) et les missions de contrôle (article L. 611-16), ou à leurs modalités de fonctionnement, notamment les règles applicables en cas de

DOCUMENT PROVISOIRE

fusion des caisses de base ou de délégation d'actes d'une caisse de base à une autre caisse de base (articles L. 611-9 à L. 611-11), et celles relatives à l'élection et à la composition du conseil d'administration des caisses de base (articles L. 611-12 et L. 611-13).

Les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants doivent être dissoutes le 1er janvier 2020.



Source : Direction de la sécurité sociale

3. Le calendrier de la mise en œuvre de la réforme

Les dates de transfert des droits et obligations autres que les contrats de travail sont précisées au **4°** du **VII**. Sont ainsi transférés :

– au 1er janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants, ainsi que les engagements qui en découlent ;

– au 1er janvier 2020, au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, créé par les **3°** et **4°** du **II** du présent article, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire

et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants, à l'exception de certaines professions libérales (celles mentionnées à l'article L. 640-1) et des avocats, ainsi que les engagements qui en découlent ;

– au 1er janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de la caisse. Par ailleurs, sauf si l'ensemble des caisses concernées en conviennent différemment, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés à l'organisme du régime général – CPAM, CARSAT ou URSSAF – dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés.

Le **4°** du **VII** précise en outre que les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transferts font l'objet de conventions entre les directeurs des organismes concernés. Ils ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxe de quelque nature que ce soit.

Enfin, le **5°** du **VII** prévoit que les contrats de travail des salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sont transférés aux organismes du régime général à une date fixée par décret, et au plus tard au 1er janvier 2020.

Le rapporteur général souhaite rappeler que la réussite de la réforme proposée par le présent article dépend également, en grande partie, de l'existence de systèmes d'information performants.

D'après les informations qui lui ont été communiquées par la direction de la sécurité sociale, un premier audit, reposant sur une expertise externe, doit être mis en place d'ici la fin de l'année 2018 afin d'identifier les sujets présentant un risque particulier.

Par ailleurs, la transformation des systèmes d'information doit faire l'objet d'une réflexion générale grâce à la mise en place d'un groupement d'intérêt public (GIP).

F. LE TRANSFERT DU PERSONNEL DU RSI AU RÉGIME GÉNÉRAL

Les modalités de transfert du personnel du RSI vers les organismes du régime général sont définies au **5°** et au **6°** du **VII** du présent article.

1. Le transfert des contrats de travail

Le 1er janvier 2018, les près de 5 000 salariés du RSI continueront d'exercer leurs activités au sein des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, pour passer progressivement sous la responsabilité fonctionnelle des caisses du régime général, qui deviendront leurs employeurs au plus tard en 2020.

Les modalités de transfert des salariés des caisses déléguées sont détaillées au **5°** du **VII** du présent article.

DOCUMENT PROVISOIRE

Ainsi, les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général sont tout d'abord chargés de préparer le transfert des contrats de travail des salariés des caisses déléguées et rechercher, pour chaque salarié, une solution de reprise recueillant son accord.

Cette phase de préparation du transfert des contrats de travail, qui ne peut excéder le 30 juin 2019, se déroule conformément au schéma d'organisation des services mis en place par le **4°** du **VII** pour accompagner la réforme. Il est en outre précisé que les Caisses nationales peuvent se substituer aux caisses locales en cas de carence de celles-ci dans cette préparation.

Les contrats de travail de ces salariés doivent être transférés aux organismes du régime général à une date fixée par décret, et au plus tard au 1er janvier 2020, dans le respect des solutions de reprises ayant recueilli l'accord individuel de chaque salarié concerné.

Toutefois, en l'absence de telles solutions ayant recueilli l'accord des salariés, les contrats des salariés concernés sont transférés de plein droit à l'organisme du régime général dont les missions et les activités se rapprochent le plus de l'activité antérieure de ces salariés. Dans ce cas, les contrats de travail des salariés de la Caisse nationale déléguée sont transférés aux Caisses nationales du régime général désignées en application de ce critère ; les contrats de travail des salariés des caisses locales déléguées étant quant à eux transférés à l'organisme, désigné en application de ce même critère, dans la circonscription duquel se situe le lieu de travail de ces salariés.

Enfin, le **5°** du **VII** précise que le décret fixant, le cas échéant, la date du transfert des contrats de travail ne peut être pris avant la validation, par un comité de surveillance de la réforme, des conclusions auxquelles sont parvenues les caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les organismes du régime général lors de la phase préparatoire. Un décret peut néanmoins fixer une date de transfert anticipé pour les salariés dont l'activité relève uniquement des missions d'un seul type d'organisme du régime général.

2. Les conventions collectives applicables aux anciens salariés du RSI

Le **6°** du **VII**, relatif aux conventions collectives applicables aux salariés transférés, prévoit la négociation d'accords transitoires, avant que les conventions collectives du régime général ne soient applicables à ces salariés.

Il convient de distinguer trois étapes :

1) Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régis à titre exclusif par les conventions collectives du régime social des indépendants.

DOCUMENT PROVISOIRE

2) Des accords dits « de transition » peuvent ensuite s'appliquer à compter du transfert des salariés concernés et jusqu'à une date qui ne peut excéder le 31 décembre 2022.

Ainsi, avant le 31 mars 2018, l'union des Caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein du RSI engagent des négociations afin de conclure des accords précisant les modalités, les conditions et les garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers les organismes du régime général et prévoyant le cas échéant les dispositions s'appliquant pour les salariés transférés, à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet que les conventions collectives du régime général et que les accords applicables dans l'organisme dans lequel leurs contrats de travail sont transférés.

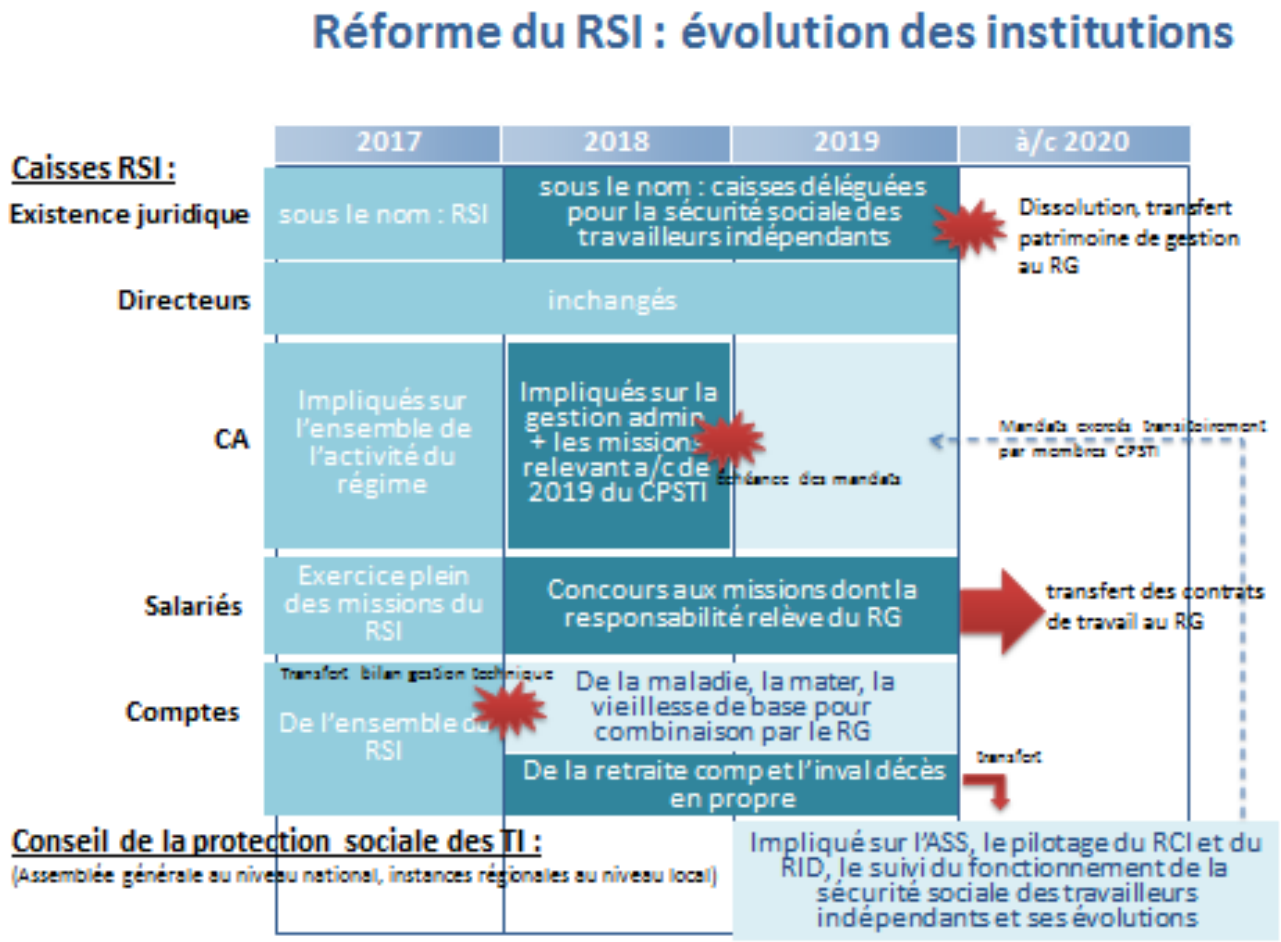
La validité de ces accords est subordonnée, en application de l'article L. 2232-6 du code du travail, à leur signature par une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli, aux élections prises en compte pour la mesure de l'audience, au moins 30 % des suffrages exprimés, quel que soit le nombre de votants, et à l'absence d'opposition d'une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés en faveur des mêmes organisations à ces mêmes élections, quel que soit le nombre de votants.

Toutefois, en ce qui concerne les accords relatifs aux conditions de travail des agents de direction et de l'agent comptable, participent à la négociation les organisations syndicales de salariés représentatives des agents de direction et des agents comptables des organismes du RSI ainsi que l'organisation syndicale dont relève la personne élue, pour ce même régime, pour représenter ces agents dans la commission chargée d'établir la liste d'aptitude à la fonction de directeur ou d'agent comptable.

À défaut d'accord avant leur transfert, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.

3) À partir du 1er janvier 2013, les conventions collectives du régime général s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés transférés.

DOCUMENT PROVISOIRE



Source : Direction de la sécurité sociale

DOCUMENT

G. DISPOSITIONS RELATIVES AU MAINTIEN DES DROITS ET À LA COORDINATION ENTRE RÉGIMES

Le **IV** du présent article modifie diverses dispositions des titres VI et VII du livre Ier de la sécurité sociale.

Le **1°** du **IV** réécrit l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale relatif à la continuité des droits aux prestations pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès, sans toutefois en modifier le contenu.

Le **4°** du **IV** modifie le chapitre Ier du titre VII, relatif à la coordination entre les régimes et à la prise en charge de certaines dépenses par les régimes. Il propose d'intituler ce chapitre « Dispositions générales », et non plus « Dispositions générales – Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité ».

Les **5°**, **6°** et **7°** du **IV** réécrivent les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux règles d'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale des personnes en situations de pluriactivité, sans toutefois modifier ces règles.

En vertu du **5°**, l'article L. 171-2-1 remplace l'article L. 613-4, tout en modifiant sa rédaction. Il dispose que les personnes exerçant simultanément plusieurs activités sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.

Le **6°** réécrit l'article L. 171-3 qui dispose que par dérogation à L. 171-2-1 précité, les personnes exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante non agricole sont affiliées dans le seul régime de leur activité la plus ancienne, sauf option contraire exercée dans des conditions fixées par décret. L'article précise toutefois que ces dispositions ne s'appliquent pas dans deux cas :

– pour les personnes dont l'une des activités est permanente et l'autre saisonnière. Ces personnes sont alors affiliées au régime qui correspond à leur activité permanente ;

– pour les travailleurs indépendants exerçant simultanément une activité indépendante agricole et une activité indépendante relevant du régime micro-social : dans ce cas, ils sont affiliés et cotisent simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités.

Le **7°** réécrit l'article L. 622-1, qui devient l'article L. 171-6-1. Celui-ci dispose que les personnes qui exercent simultanément plusieurs activités professionnelles indépendantes sont affiliées et cotisent au régime d'assurance vieillesse dont relève leur activité principale. Pour les personnes ayant exercée simultanément plusieurs activités indépendantes relevant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale.

Le **9°** du **IV** complète l'article L. 172-2 relatif à la coordination entre régimes en cas de maladies ou de maternité, pour préciser que cette coordination est assurée par l'application des dispositions de maintien de droit prévues à l'article L. 161-8, modifié par le **1°** du **IV**.

Le **2°** et le **8°** du **IV** procèdent à une modification rédactionnelle, respectivement à l'article L. 161-18 et à l'article L. 171-7, afin de tirer les conséquences de la suppression du RSI.

Le **3°** du **IV** tire les conséquences, à l'article L. 162-14-1, des renumérotations d'articles opérées par le présent article.

DOCUMENT PROVISOIRE

H. NOUVELLES NUMÉROTATIONS D'ARTICLES, COORDINATIONS RÉDACTIONNELLES ET ABROGATIONS

1. Nouvelles numérotations d'articles

Le **5°** du **II** vise à regrouper, au sein du chapitre III du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale, les « dispositions relatives au financement communes à l'ensemble des indépendants ». Sont insérées dans ce chapitre des dispositions qui figuraient dans le livre Ier du même code, en particulier les articles L. 133-5-2, L. 133-6-7, L. 133-6-7-1, L. 133-6-7-2 et L. 131-6-3, respectivement renumérotées articles L. 613-2, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-5 et L. 613-9 (***d)*** à ***i)*** du **5°**). Les seules modifications sont d'ordre rédactionnel et visent à tirer les conséquences de la suppression du RSI.

Le **6°** du **II** créé un chapitre V, intitulé « Contrôles et sanctions », du titre Ier du livre VI. Sont insérées dans ce chapitre des dispositions qui figuraient dans les titres 4 et 5 du livre VI du même code, en particulier les articles L. 652-7, L. 637-1, L. 637-2 et L. 652-4, respectivement renumérotés articles L. 615-1, L. 615-2, L. 615-3 et L. 615-4 (***a)*** à ***d)*** du **6°**). Là encore, les modifications visent seulement à tirer les conséquences de la suppression du RSI.

Par ailleurs, le ***e)*** du **6°** complète le chapitre V par un article L. 615-5 nouveau, qui précise que les dispositions du chapitre VII du titre VII du livre III, sont applicables aux prestations servies aux travailleurs indépendants. Il s'agit des sanctions à l'encontre de tout intermédiaire ayant offert ses services moyennant paiement à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues d'une part, et de celles destinées à punir quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie.

2. Modifications de coordination rédactionnelle

Le **V** du présent article procède à de nombreuses modifications de coordination rédactionnelle, afin de tirer les conséquences dans 35 articles du code de la sécurité sociale de la suppression du RSI.

Ces modifications sont effectuées :

– à l'article L. 111-11, relatif aux objectifs de dépenses et de recettes de la CNAM et de la caisse centrale de la MSA, par le **1°** du **V** ;

– à l'article L. 114-16-3, relatif aux agents des organismes de protection sociale habilités à s'échanger tous renseignements utiles en matière de fraude sociale ainsi qu'en matière de recouvrement des cotisations dues et de prestations sociales versées indûment, par le **2°** du **V** ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– à l’article L. 114-23, relatif à la convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale, conclue entre les organismes nationaux de sécurité sociale et l’État, par le **3°** du **V** ;

– à l’article L. 114-24, relatif au fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale, par le **4°** du **V** ;

– à l’article L. 115-9, relatif à la convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d’une politique coordonnée d’action sociale en vue de la préservation de l’autonomie des personnes âgées, conclue entre l’État et les caisses nationales d’assurance vieillesse, par le **5°** du **V** ;

– à l’article L. 123-1, relatif aux conventions collectives de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, par le **6°** du **V** ;

– à l’article L. 123-2-1, relatif aux conventions collectives spéciales relatives aux conditions de travail des praticiens conseils exerçant dans le service du contrôle médical, par le **7°** du **V** ;

– à l’article L. 133-1-4, qui devient l’article L. 133-4-11, relatif au recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales, par le **8°** du **V** ;

– à l’article L. 134-1, relatif à la compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, par le **9°** du **V** ;

– à l’article L. 134-3, relatif aux comptes de la CNAV, par le **10°** du **V** ;

– à l’article L. 134-4, relatif aux comptes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité social, par le **11°** du **V** ;

– à l’article L. 135-2, relatif aux dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse, par le **12°** du **V** ;

– à l’article L. 135-6, relatif au fonds de réserve pour les retraites, par le **13°** du **V** ;

– à l’article L. 136-3, relatif à la contribution sociale généralisée, par le **14°** du **V** ;

– à l’article L. 173-2, relatif au montant du minimum de pension lorsque l’assuré a relevé d’un ou plusieurs régimes d’assurance vieillesse, par le **15°** du **V** ;

– à l’article L. 182-2-2, relatif à la composition du conseil de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, par le **16°** du **V** ;

– à l’article L. 182-2-4, relatif aux rôles respectifs du directeur général et du collège des directeurs de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, par le **17°** du **V** ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– à l’article L. 182-2-6, relatif aux ressources de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, par le **18°** du **V** ;

– à l’article L. 241-2, relatif aux ressources destinées à couvrir les dépenses de maladie, maternité, invalidité et décès du régime général, par le **19°** du **V** ;

– à l’article L. 243-6-3, relatif au rescrit social, par le **20°** du **V** ;

– à l’article L. 311-3, relatif aux personnes affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, par le **21°** du **V** ;

– à l’article L. 351-15, relatif à la retraite progressive, par le **22°** du **V** ;

– dans l’intitulé du chapitre II du titre II du livre VII, et dans celui de la section II de ce même chapitre, par le **23°** du **V** ;

– à l’article L. 722-1, relatif au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, par le **24°** du **V** ;

– à l’article L. 722-1-1, relatif à la possibilité, pour les médecins pratiquant des honoraires différents des honoraires conventionnels de demander à être affiliés au régime d’assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles, par le **25°** du **V** ;

– à l’article L. 612-3, qui devient l’article L. 722-4, relatif à la contribution de 3,25 % à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, au profit du régime d’assurance maladie-maternité du RSI, par le **26°** du **V** ;

– à l’article L. 722-5, relatif au recouvrement des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, par le **27°** du **V** ;

– à l’article L. 722-6, relatifs aux prestations maladie, maternité et décès dont bénéficient les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, par le **28°** du **V** ;

– à l’article L. 722-9, relatif aux modalités de coordination entre le régime des praticiens et auxiliaires médicaux et le régime d’assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants non agricoles, par le **29°** du **V** ;

– à l’article L. 742-6, relatif aux personnes pouvant adhérer volontairement à l’assurance vieillesse des travailleurs non-salariés non agricoles, par le **30°** du **V** ;

– à l’article L. 742-7, relatif à l’acquisition des droits aux prestations servies par le régime d’assurance vieillesse des travailleurs non-salariés non agricoles, en cas d’adhésion volontaire à ce régime, par le **31°** du **V** ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– à l’article L. 752-4, relatif au rôle des caisses générales de sécurité sociale, par le **32°** du **V** ;

– à l’article L. 752-6, relatif à la composition des conseils d’administration des caisses générales de sécurité sociale, par le **33°** du **V** ;

– à l’article L. 752-9, relatif à la composition des conseils d’administration des caisses d’allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion, par le **34°** du **V** ;

– à l’article L. 756-5, relatif aux conditions d’exonérations de cotisations maladie et vieillesse des travailleurs indépendants exerçant leur activité en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, par le **35°** du **V** ;

– à l’article L. 766-2, relatif aux conditions de prise en charge, sur le territoire français, des prestations maladies et maternité par la Caisse des Français de l’étranger, par le **36°** du **V**.

3. Abrogations d’articles

Le **VI** du présent article regroupe les dispositions abrogées par le présent article. Il s’agit :

– de la section II du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale, relative au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants, par les **1°** et **2°** du **VI** ;

– des sections II *bis* et 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre Ier du même code, relatives respectivement à la modernisation et à la simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants d’une part, et aux droits des cotisants d’autre part, par le **3°** du **VI** ;

– de l’article L. 173-3, relatif à l’assurance vieillesse des travailleurs indépendants, par le **4°** du **VI** ;

– de la section V du chapitre II du titre IV du livre II, relative aux modalités de calcul des cotisations d’allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles, par le **5°** du **VI** ;

– des articles L. 611-2 à L. 611-20 relatifs à l’organisation administrative du RSI, par le **6°** du **VI** ;

– des articles L. 612-9 à L. 612-13, L. 613-2, L. 613-9, L. 613-12 à L. 613-14 et L. 613-23, relatifs à l’assurance maladie et maternité des personnes affiliées au RSI, par le **7°** du **VI** ;

– de la section IV du chapitre III du titre Ier du livre VI, relative aux prestations supplémentaires servies aux travailleurs indépendants, par le **8°** du **VI** ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– de l’article L. 614-1, relatif au contentieux lié au RSI, et les articles L. 621-4, L. 622-2, L. 622-6, L. 623-1, L. 623-2, L. 633-9, L. 633-11-1, L. 634-1 et L. 634-5, relatifs à l’assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au RSI, par le **9°** du **VI** ;

– du chapitre VII du titre III du livre VI, relatif aux sanctions en cas de non-respect de l’obligation d’affiliation à la sécurité sociale ou de refus de payer les cotisations et contributions dues, par le **10°** du **VI** ;

– des articles L. 642-2-1, L. 642-2-2, L. 651-12, L. 651-13, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-4, L. 722-5-1 et L. 722-7, relatifs à l’assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, par le **11°** du **VI** ;

– du XII de l’article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, relatif à la redéfinition du périmètre des professions libérales affiliées à la CNAVPL, par le **12°** du **VI**.

III. LA MODIFICATION DES RÈGLES D’AFFILIATION À LA CNAVPL

Le présent article prévoit de transférer l’assurance vieillesse de certaines professions libérales de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d’assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV) au régime général.

A. L’AFFILIATION ACTUELLE À LA CIPAV EST SOURCE DE COMPLEXITÉ ET DE DIFFICULTÉS DE GESTION

Si la suppression du régime social des indépendants (RSI) constitue le principal objet du présent article, celui-ci propose également de corriger la segmentation entre les professions artisanales, industrielles et commerciales, d’une part, et certaines professions de services, qui relèvent aujourd’hui du régime des professions libérales, d’autre part.

Les professions libérales sont affiliées pour les risques retraite et invalidité-décès, dans le droit en vigueur, à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d’assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV), qui constitue l’une des dix sections professionnelles de la Caisse nationale de l’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL). Elles relèvent toutefois du RSI – et, à compter du 1er janvier 2018, du régime général – pour la couverture du risque maladie.

Les autres entrepreneurs, assimilés à des travailleurs indépendants, relèvent quant à eux pour l’ensemble des risques de la couverture du RSI – et demain de celle du régime général –, bien que leurs activités soient proches.

Cette segmentation est tout d’abord source de forte complexité pour les organismes de retraite s’agissant de l’appréciation de la frontière entre ces

DOCUMENT PROVISOIRE

différents périmètres, qui leur demande de consacrer des moyens de gestion importants pour classer l'ensemble des activités, alors même que cette distinction est artificielle.

Par ailleurs, du fait des règles actuelles, le régime d'affiliation est fréquemment incertain et peu lisible pour les entrepreneurs assurés. Un changement d'activité d'importance limitée peut en effet se traduire par un changement de régime, avec les effets potentiellement pénalisants que cela implique pour la pension dès lors que les droits sont ouverts dans un régime non aligné.

En outre, des difficultés spécifiques sont liées à l'affiliation à la CIPAV des micro-entrepreneurs, ayant succédé aux auto-entrepreneurs. Le mouvement massif de création d'entreprises, résultant de la mise en place du régime micro-social simplifié par la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008, a créé une lourde charge de travail supplémentaire pour la CIPAV, qui regroupe désormais 600 000 cotisants relevant de 260 professions distinctes. Près d'un tiers de ces cotisants ont un chiffre d'affaires inférieur à 200 SMIC horaire par an, entraînant une insuffisance du niveau des cotisations versées.

Au total, le périmètre recouvert par la CIPAV et la segmentation juridique avec les travailleurs indépendants affiliés au RSI et, demain, au régime général, semblent source de complexité tant pour les assurés que pour les caisses de retraite.

Pour remédier à cette situation, l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 proposait de modifier le périmètre des professions libérales affiliées à la CIPAV : un nouvel article L. 640-1 du code de la sécurité sociale prévoyait ainsi que seules les professions libérales énumérées dans un décret relèveraient de la CIPAV, les autres professions libérales devant être rattachées au RSI.

Cette mesure a néanmoins fait l'objet d'une censure partielle du Conseil constitutionnel [(1)], rendant le dispositif actuel, dont l'entrée en vigueur ne devait intervenir que le 1er janvier 2019, inapplicable.

Le présent article propose donc de réécrire le dispositif prévu à l'article 50 de la précédente loi de financement de la sécurité sociale, tout en tenant compte de la suppression du RSI.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016 : censure de l'article 50 de la LFSS pour 2017 au motif qu'en renvoyant la détermination de catégories de personnes affiliées à une organisation de prévoyance et d'assurance vieillesse, sans définir les critères de cette détermination, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence.

B. LA REDÉFINITION DE L'AFFILIATION DE CERTAINES PROFESSIONS LIBÉRALES

Le présent article redéfinit le périmètre couvert par l'assurance vieillesse du régime général. Sont désormais concernées l'ensemble des personnes qui étaient affiliées au RSI, mais également les professions libérales ne relevant pas de la liste figurant à l'article L. 640-1, tel que modifié par le présent article.

En effet, l'article L. 200-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction modifiée par le **1°** du **I**, prévoit que le régime général de sécurité sociale couvre, pour le versement des prestations en espèce au titre de l'assurance vieillesse, les personnes visées à l'article L. 631-1. Cet article, créé par le **12°** du **II,** précise qu'il s'agit des travailleurs indépendants non agricoles, à l'exception des personnes affiliées :

– au régime d'assurance vieillesse des professions libérales, c'est-à-dire les professions libérales figurant à l'article L. 640-1 ;

– à la Caisse nationale des barreaux français (CNBF).

Or, le ***a)*** du **17°** du **II** modifie l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale définissant le champ d'application du régime d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès des professions libérales. La liste des professions libérales désormais seules affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales est complétée, en tenant compte de la décision du Conseil constitutionnel censurant la rédaction de ce même article, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Sont ainsi identifiées :

– les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux, psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes ;

– les notaires, huissiers de justice, commissaires-priseurs, syndics ou administrateurs et liquidateurs judiciaires agréés, greffiers, experts devant les tribunaux, mandataires judiciaires à la protection des majeurs, courtiers en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, experts-comptables, agents généraux d'assurances ;

– les architectes, géomètres, ingénieurs-conseils ;

– les artistes autres qu'artistes-auteurs ;

– les vétérinaires ;

– les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer mettant en œuvre leur activité dans le cadre d'une association ou d'un syndicat professionnel, quel que soit le public auquel ils s'adressent.

DOCUMENT PROVISOIRE

C. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR ÉCHELONNÉE

Le **8°** du **VII** du présent article prévoit des dispositions transitoires afin de faciliter l'entrée en vigueur des nouveaux périmètres respectifs du régime général et de la CNAVPL.

Cet aménagement est nécessaire aussi bien pour le « flux » – c'est-à-dire les nouveaux micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1, dont l'affiliation se fera obligatoirement au régime général – que pour le « stock » – c'est-à-dire les actuels micro-entrepreneurs ou professionnels libéraux ne figurant pas à l'article L. 640-1, qui pourront exercer un droit d'option.

● Deux dates d'entrée en vigueur sont tout d'abord prévues pour le « flux » des assurés :

– à compter du 1er janvier 2018 pour les micro-entrepreneurs, aux termes du ***a)*** du **8°** ;

– à compter du 1er janvier 2019 pour les autres travailleurs indépendants relevant des professions libérales non identifiées à l'article L. 640-1, aux termes du ***b)*** du **8°.**

● S'agissant du « stock », le **8°** du **VII** du présent article met en place un droit d'option pour les professionnels concernés, qui pourront décider de maintenir leur affiliation à la CIPAV ou de basculer au régime général.

Le quatrième alinéa du **8°** du **VII** définit comme principe le maintien de l'affiliation à la CIPAV des travailleurs indépendants ne relevant pas du champ de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et affiliés antérieurement à cette caisse.

Il prévoit également les conditions d'exercice d'un droit d'option entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2023 dans le cas du choix du transfert de leur affiliation à l'assurance vieillesse et invalidité du régime général. Ils doivent alors être à jour du paiement de leurs cotisations dues à la CIPAV et, le cas échéant, des majorations et pénalités associées.

Ce changement d'affiliation, qui est définitif, prend effet au 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle le droit d'option a été exercé.

Les professionnels qui exerceront leur droit d'option verront la totalité de leur pension liquidée par les CARSAT, aux termes du neuvième alinéa du **8°** du **VII**.

Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, les points acquis dans le régime de base des professions libérales seront multipliés par la valeur de service du point à la date d'effet du changement d'affiliation puis transférés au régime général selon des modalités précisées par décret.

DOCUMENT PROVISOIRE

S’agissant du régime de retraite complémentaire, les points acquis à la CIPAV par les travailleurs indépendants ayant exercé leur droit d’option seront convertis dans le régime complémentaire d’assurance vieillesse des travailleurs indépendants, tel qu’il résulte de l’article L. 635-1 modifié par le **16°** du **II**. Le douzième aliéna du **8°** renvoie au pouvoir réglementaire la définition des règles de conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d’effet de la nouvelle affiliation.

Enfin, les travailleurs indépendants désormais affiliés au régime général et ne relevant pas du régime micro-social pourront bénéficier, à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul de leurs cotisations d’assurance vieillesse complémentaire obligatoire. Ils choisiront donc entre le maintien global du niveau antérieur de leurs cotisations et prestations ou l’application immédiate des niveaux de cotisations et de prestations en vigueur au sein du régime de retraite auquel sont affiliés les autres travailleurs indépendants.

Le huitième alinéa du **8°** du **VII** précise les contours de cette dérogation, ouverte jusqu’au 31 décembre 2026. Fixés par décret après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, ces taux inférieurs permettront d’assurer une neutralisation des effets de l’affiliation au régime de retraite des travailleurs indépendants en termes de prélèvement tant pour le « flux » que pour le « stock » des professionnels libéraux concernés. Ils donneront lieu, *de facto*, et à due proportion, à l’acquisition, par rapport aux autres travailleurs indépendants affiliés au régime général, de moindres droits pendant la période de transition de huit ans. Ces taux rejoindront ensuite progressivement le taux normal du régime de retraite complémentaire des travailleurs indépendants.

D. MODIFICATIONS RÉDACTIONNELLES

Le ***b)*** du **17°** du **II** complète l’article L. 641-1, relatif à la CNAVPL et à ses sections professionnelles, pour préciser les dispositions du code de la sécurité sociale s’appliquant à ces organismes. Il s’agit des dispositions relatives aux règles de constitution et de fonctionnement des caisses (article L. 216-1) et celles applicables aux membres de leur conseil d’administration (articles L. 231-5, L. 231-6-1, L. 231-12, L. 272-1 et L. 272-2), à la garantie des prêts hypothécaires consentis par les organismes de sécurité sociale (article L. 256-3), au contrôle de l’État (articles L. 273-1, L. 281-1 et L. 281-3), à la cession des pensions et rentes d’invalidité et de vieillesse (article L. 355-2), aux modalités de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d’invalidité (article L. 355-3) et aux sanctions contre toute personne qui, moyennant paiement, fait bénéficier un assuré de prestations qui peuvent lui être dues (article L. 377-2).

Le ***c)*** du **17°** du **II** crée une section III intitulée « contrôle et sanction » au sein du chapitre Ier du titre IV du livre VI. En vertu du ***d)*** du **17°** du **II**, l’article L. 652-6, relatif au contrôle de l’application par les travailleurs indépendants des dispositions du livre VI, confié aux caisses et sections professionnelles relevant

DOCUMENT PROVISOIRE

des organisations autonomes d'assurance vieillesse des professions libérales, devient l'article L. 641-8 et est inséré dans ce nouveau chapitre.

Le ***e)*** du **17°** du **II** complète la section II du chapitre II du titre VI du livre VI, relative au recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales par un nouvel article L. 642-6.

Celui-ci mentionne les règles applicables aux organismes d'assurance vieillesse des professions libérales et aux professions libérales qui y sont affiliées. Il s'agit des règles relatives aux garanties en cas de non-paiement des cotisations (articles L. 243-4 et L. 243-5), au redressement de cotisations et contributions sociales (article L. 243-6-2), aux agents de l'organisme chargé du contrôle de l'application des dispositions du code de la sécurité sociale (articles L. 243-9 et L. 243-11), aux règles applicables lorsqu'un cotisant ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale (articles L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7 et L. 244-8-1 à L. 244-14).

Le ***f)*** du **17°** du **II** insère dans la première section du chapitre III du titre IV du livre VI, relative à l'ouverture des droits et à la liquidation des prestations de base, l'article L. 133-6-10, qui devient l'article L. 643-0, relatif au rescrit social.

Enfin, le **18°** du **II** complète la section IV du chapitre III du même titre par un nouvel article L. 643-10 prévoyant que la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses dont déterminées par décret en Conseil d'État, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée.

IV. LA MODULATION DES ACOMPTES DE COTISATIONS SOCIALES DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Parallèlement à la disparition du RSI, le programme du Gouvernement en faveur des travailleurs indépendants, détaillé le 5 septembre 2017 par le Premier ministre Édouard Philippe, contient plusieurs mesures destinées à améliorer et à simplifier la qualité de service en faveur des travailleurs indépendants, en particulier la possibilité de moduler leurs acomptes de cotisations « en temps réel ».

En effet, contrairement aux salariés, il existe pour les travailleurs indépendants un décalage temporel entre leur activité et les prélèvements de cotisations sur le revenu qu'elle génère. Cela est lié au statut même du travailleur indépendant qui, contrairement au salarié dont les revenus sont communiqués chaque mois par l'entreprise, ne fait qu'une seule déclaration sociale par an, comme le prévoit l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

Ce décalage, source d'incompréhensions, peut devenir problématique en cas de fortes fluctuations de revenu.

C'est pourquoi le **VIII** du présent article prévoit la possibilité pour les travailleurs indépendants, par dérogation à l'article L. 131-6-2 précité, d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle, établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs indépendants, en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels.

Ce dispositif, proposé à titre expérimental pour une durée d'un an, permet aux travailleurs indépendants de payer davantage de cotisations et contributions sociales les mois de forte activité et d'en payer moins lors les périodes creuses, une régularisation annuelle du montant à acquitter intervenant ensuite, une fois leur compte définitif établi.

Le **VIII** précise par ailleurs que les travailleurs indépendants concernés participent à titre volontaire à l'expérimentation et à la réalisation de son bilan, les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation devant être précisées par décret.

Enfin, ce dispositif doit faire l'objet d'un rapport d'évaluation, réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

V. HABILITATION DU GOUVERNEMENT À LÉGIFÉRER PAR ORDONNANCES

Le **IX** du présent article vise à autoriser le Gouvernement à prendre par ordonnances, dans un délai de six mois suivant la date de publication de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi visant à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées, afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions du présent article et le respect de la hiérarchie des normes, de regrouper les dispositions qui le justifient dans le livre VI du code de la sécurité sociale et d'abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

Il prévoit le dépôt devant le Parlement d'un projet de loi de ratification dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE III
Dispositions relatives à la fiscalité comportementale

Article 12
Augmentation des droits de consommation applicables au tabac et engagement du rattrapage de la fiscalité applicable en Corse

Cet article vise à élever le prix de vente au détail des différentes formes de tabac *via* une augmentation de la fiscalité afférente.

Le prix de vente est fixé librement par les fabricants, faisant uniquement l'objet d'une homologation par arrêté ministériel afin d'en garantir l'unicité sur l'ensemble du territoire. Dès lors, l'objectif affiché par le Gouvernement d'un paquet de cigarettes à 10 euros en 2020 ne peut résulter que d'une répercussion de l'augmentation de la fiscalité sur le prix à la vente par les fabricants.

Le dispositif prévoit une augmentation progressive des droits de consommation et du minimum de perception associé. Mise en œuvre en cinq étapes du 1er mars 2018 au 1er novembre 2020, cette augmentation sera différenciée selon le produit consommé afin de limiter les effets de substitution d'une catégorie à une autre.

La hausse attendue du prix de vente du tabac vise à réduire la consommation de tabac, à l'origine de 73 000 décès par an en France. Il s'agit, selon les cas, de dissuader l'entrée ou le retour à la consommation de tabac ou d'inciter à une consommation inférieure. Il s'agit également de rapprocher le prix de vente du coût social induit par le tabac, permettant ainsi d'internaliser une partie des externalités négatives causées par sa consommation.

L'augmentation attendue du prix de vente du tabac devrait générer dès 2018 des recettes estimées à 510 millions pour les administrations de sécurité sociale et 5 millions d'euros pour la collectivité de Corse. L'État devrait également bénéficier de recettes supplémentaires de TVA.

L'article 12 engage également un processus de convergence de la fiscalité du tabac applicable en Corse. L'augmentation des droits de consommation s'appliquera sur ce territoire à un rythme identique – du 1er mars 2018 au 1er novembre 2020 – mais à un niveau plus soutenu que sur le continent, afin d'amorcer le rattrapage des prix. L'alignement de la fiscalité ne pourra être achevée qu'au-delà, selon des modalités qu'il reste à définir. Le paquet de vingt cigarettes mis à la vente en Corse passerait ainsi à 5,10 euros à 8 euros en 2020.

DOCUMENT PROVISOIRE

L'ensemble des estimations d'augmentation des prix doivent néanmoins être interprétées avec précaution, dès lors qu'elles dépendent directement des hypothèses formulées concernant :

– l'élasticité de la demande au prix, qui peut varier selon les catégories de produits consommés ou le niveau de revenu du consommateur ;

– les comportements des fabricants, pouvant le cas échéant répercuter en partie l'augmentation de la fiscalité sur leurs marges ;

– les effets de substitution, avec le report d'une partie de la consommation sur d'autres produits, voire sur des produits de contrebande ou de points de vente frontaliers.

Au-delà du cadre initial fixé par cet article, une évaluation *in itinere* sera donc nécessaire pour observer les effets concrets de la nouvelle fiscalité sur la consommation et effectuer le cas échéant les ajustements nécessaires.

I. UNE FISCALITÉ REPOSANT SUR LES DROITS DE CONSOMMATION

1. La fiscalité comme levier de réduction du tabagisme

● La consommation de tabac reste une préoccupation sanitaire majeure dans un pays près de 73 000 morts prématurées sont constatées chaque année – soit 200 par jour –, s'ajoutant aux centaines de milliers de malades associés. La consommation de tabac tuerait davantage en France que l'alcool, les drogues illicites, les accidents de la route et le sida réunis [(1)]. Elle reste, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la première cause évitable de mortalité dans le monde.

Les conséquences sanitaires du tabac ne doivent néanmoins pas être prises en compte isolément. Ainsi, la consommation de tabac comporte également :

– un coût environnemental. Outre la déforestation, il peut être rappelé que 4 300 milliards de mégots de cigarettes seraient jetés dans les rues chaque année, soit 137 000 par seconde ;

– un coût social. Une récente étude économique évaluait ce coût à 122 milliards d'euros [(2)]. Il cumule un coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de qualité de vie) et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non-versées et recettes fiscales).

---

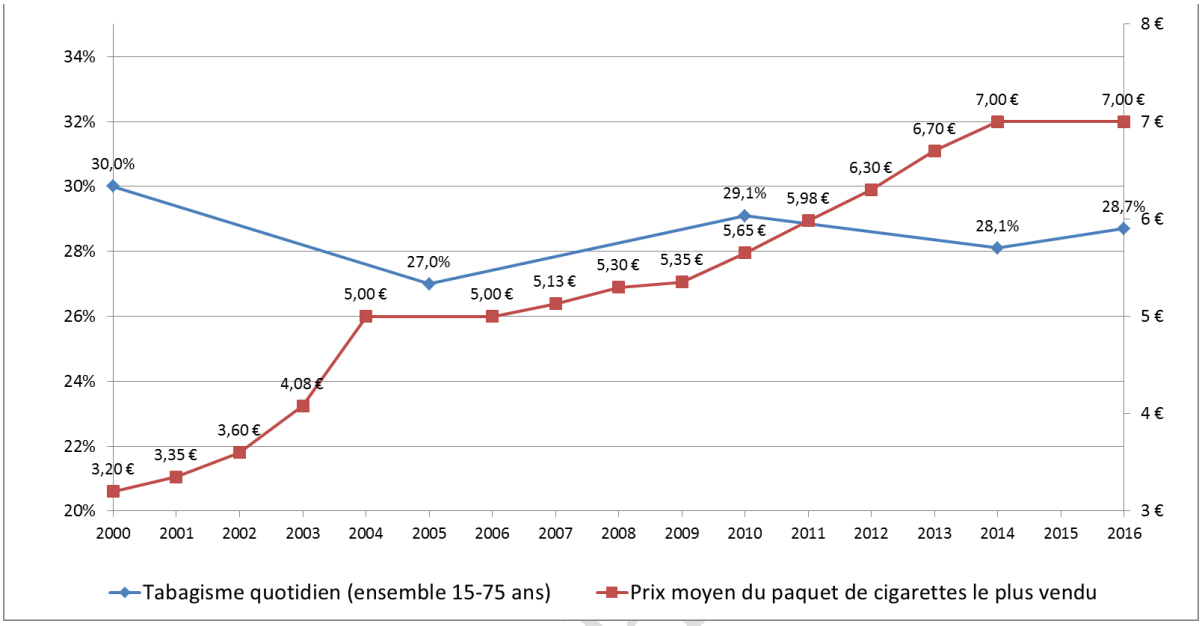
(1) Selon les informations transmises au rapporteur général par le Comité national contre le tabagisme (CNCT).

(2) M. Pierre Kopp, « Le coût social des drogues en France », note pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, septembre 2015, accessible à l'adresse suivante : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf.

DOCUMENT PROVISOIRE

● La fiscalité constitue un levier efficace des politiques de réduction du tabagisme. Le graphique ci-dessous illustre la corrélation entre l'augmentation des prix – résultant de l'augmentation des droits de consommation – et la consommation de tabac.

ÉVOLUTION DU TABAGISME QUOTIDIEN EN FRANCE ENTRE 2000 ET 2016 PARMI LES 15-75 ANS ET DU PRIX DU TABAC



Source : Santé publique France, à partir des données de l'Observatoire française des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Certaines conditions doivent toutefois être remplies afin de garantir l'efficacité du levier fiscal sur la consommation de tabac. Ainsi, des hausses importantes et répétées ont démontré une efficacité supérieure à celle de hausses identiques étalées sur la durée. Les hausses intervenues sur la période 2002-2004 dans le cadre du premier « plan cancer » auraient à la fois conduit 1,5 million de fumeurs à arrêter leur consommation et diminué la prévalence tabagique chez les jeunes publics.

Par ailleurs, le levier fiscal est considéré comme d'autant plus efficace qu'il s'accompagne de mesures de prévention et d'aides, par exemple au sevrage.

La mise en place du Fonds national de prévention du tabagisme, créé fin 2016 (1), constitue à ce titre une réponse déterminante pour renforcer l'efficacité des politiques préventives. Adossé à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le fonds est financé par la contribution sociale sur le chiffre d'affaires des distributeurs de tabac, créée par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (2). Cette contribution étant assise sur le chiffre d'affaires de l'année 2017, son produit ne sera affecté au fonds qu'en 2018. Pour sa première année d'existence, le fonds a donc débuté le recensement des projets éligibles afin d'engager leur financement dès 2018.

(1) Décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 portant création d'un fonds de lutte contre le tabac.

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

● La mobilisation du levier fiscal implique de mesurer attentivement – et, le cas échéant, de corriger – les conséquences sur la vente et la circulation de produits de tabacs.

Les risques liés à la contrebande ou à l'obtention de produits sur internet doivent être pris en compte et impliquent une coordination efficace entre acteurs. Le volet relatif aux politiques de traçabilité, en particulier, doit être mobilisé davantage en association avec les buralistes et les fabricants.

Lors de son audition par la Commission des affaires sociales, la ministre des Solidarités et de la santé a ainsi rappelé l'engagement du Gouvernement dans « *la lutte acharnée contre le trafic illégal* ».

Le Gouvernement a précisé lors de cette audition plusieurs axes de son action dans ce domaine, avec en priorité :

– le renforcement des effectifs des douanes, avec deux cents équivalent à temps plein (ETP) supplémentaires annoncés pour 2018 ;

– la concrétisation d'une harmonisation de la fiscalité du tabac à l'échelle européenne, dans le cadre de déplacements conjoints de la ministre des Solidarités et de la santé et du ministre de l'Action et des comptes publics dans d'autres États-membres ;

– l'aide à la modernisation de l'activité des buralistes, en renforçant leur diversité de missions et en reconnaissant le volet social de leur action ;

– le renforcement de la lutte contre la vente de produits du tabac sur internet, qui relève de la contrebande et pourrait être plus lourdement sanctionné.

2. Le droit commun de la fiscalité applicable aux produits de tabac

● Le droit fiscal soumet les produits de tabac à un droit de consommation dual :

– d'une part, un droit spécifique, exprimé en valeur absolue en euros par millier d'unités (cigarettes, cigares et cigarillos) ou millier de grammes (tabac à rouler et autres tabacs à fumer) ;

– d'autre part, un droit proportionnel, qui résulte de l'application d'un taux au prix de vente toutes taxes comprises.

Ce droit de consommation doit au minimum atteindre un plancher, appelé « *minimum de perception* ». Ce dernier :

– est fixé par millier d'unités ou par millier de grammes ;

– peut être majoré de 10 % au plus, par arrêté des ministres du budget et de la santé ;

DOCUMENT PROVISOIRE

– ne s'applique pas aux tabacs à priser et à mâcher.

Ce droit de consommation, qui correspond à un droit d'accise, est dû mensuellement par les fournisseurs pour les produits mis à la consommation ou importés en France. Il est recouvré par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI).

● S'ajoute à ce droit de consommation un taux de TVA calculé en appliquant le taux au prix de vente au détail. Pour un taux normal de TVA à 20 %, le taux applicable au prix de vente est de 16,6667 % (1).

● Outre la fiscalité, le prix de vente au détail doit également être diminué d'une remise brute allouée au débitant. Son niveau, déterminé par un arrêté du ministre du budget (2), est aujourd'hui fixé à 9,44 % du prix de vente.

3. Le régime fiscal dérogatoire applicable en Corse

a. La prévalence du tabagisme en Corse

Les données relatives à la consommation de tabac en Corse et aux conséquences sanitaires associées surpassent dans des proportions inquiétantes les moyennes nationales.

Les données suivantes recensées par l'Agence régionale de santé corse retiennent l'attention :

– en 2015, un quart des 255 nouveaux cancers de la sphère ORL (lèvres, pharynx et cavité buccale) et respiratoire (bronches et poumons) était lié au tabagisme ;

– le taux de mortalité par cancer du poumon des habitants corses est supérieur à la moyenne nationale, pour les hommes – +12 % – et, dans des proportions renforcées, pour les femmes – +27 % ;

– 38 % des jeunes corses de 17 ans fument quotidiennement, là où la moyenne nationale s'élève à 32,4 %.

Au total, la consommation de produits de tabac en Corse par habitant serait de 25 % supérieure à celle du continent. Cette consommation supérieure peut être rapprochée du régime fiscal dérogatoire, conduisant à un prix de vente inférieur à celui pratiqué sur le continent – le prix moyen pondéré du paquet de cigarettes étant de 5,1 euros.

---

(1) Ce taux résulte d'un calcul complexe, dit « en dedans ». Pour les besoins de ce commentaire, il n'est pas nécessaire d'en dire davantage.

(2) Arrêté du 19 décembre 2016 portant modification de l'arrêté du 26 décembre 2007 modifié, fixant le taux de remise à allouer aux débitants de tabac pour la vente au détail des tabacs manufacturés.

DOCUMENT PROVISOIRE

b. Une fiscalité différenciée par rapport au continent

● Une fiscalité dérogatoire s'applique aux produits de tabac mis à la vente en Corse, définie à l'article 575 E *bis* du code général des impôts. Plusieurs justifications ont été avancées jusqu'alors pour justifier ce cadre spécifique, notamment la compensation de l'insularité, avec une affectation des recettes fiscales issues de la vente de tabac à la collectivité de Corse.

Ce régime spécifique a été mis en œuvre en conformité avec le droit de l'Union européenne, les directives relatives au rapprochement des accises communautaires ayant dès l'origine admis le principe d'une fiscalité différenciée pour une période limitée dans le temps. Il a ensuite été prorogé par étapes, notamment par la directive du 5 décembre 2003 (1).

La directive du 11 juin 2011 (2) mentionne le cas spécifique de la Corse et fixe au 31 décembre 2015 l'échéance au-delà de laquelle la convergence devra avoir été effectuée avec le continent. Cette convergence est néanmoins attendue comme progressive afin d'éviter tout déséquilibre et de prendre en compte la situation économique et sociale de l'île.

La lecture de son alinéa 22 reste d'actualité : « *afin d'éviter de porter préjudice à l'équilibre économique et social de la Corse, il est à la fois essentiel et justifiable de prévoir une dérogation jusqu'au 31 décembre 2015 en vertu de laquelle la France peut appliquer un taux d'accise inférieur à celui appliqué au niveau national aux cigarettes et autres tabacs manufacturés mis à la consommation dans l'île. À cette date, les dispositions fiscales applicables aux tabacs manufacturés mis à la consommation en Corse devront être pleinement alignées sur les dispositions applicables sur le continent. Toutefois, il y a lieu d'éviter un changement trop brutal et, par conséquent, de procéder à une augmentation progressive de l'accise actuellement appliquée aux cigarettes et au tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes en Corse* ».

● Les recettes issues des droits de consommation sont affectées à la Corse, par dérogation au droit commun, dans le cadre du « *financement de travaux de mise en valeur de la Corse* ». Le produit est ainsi versé :

– à hauteur d'un quart au budget des départements de la Corse ;

– aux trois quarts au budget de la collectivité territoriale de Corse.

● En dépit d'augmentations par étapes, le régime dérogatoire reste applicable en Corse. Il est ainsi prévu que le prix appliqué dans les départements de Corse est au moins égal à :

---

(1) *Directive 2003/117/CE du Conseil du 5 décembre 2003 modifiant les directives 92/79/CEE et 92/80/CEE en vue d'autoriser la République française à proroger l'application d'un taux d'accise réduit sur les produits du tabac mis à la consommation en Corse.*

(2) *Directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.*

DOCUMENT PROVISOIRE

– 75 % des prix de vente continentaux, pour les cigarettes ;

– deux tiers de ces prix, pour les tabacs à rouler, les autres tabacs à fumer et les tabacs à priser et à mâcher ;

– 85 % de ces prix pour les cigares et les cigarillos.

● L'absence d'uniformité des droits de consommation entre la Corse et le continent expose aujourd'hui la France à des procédures visant à sanctionner le non-respect du droit de l'Union européenne.

II. UNE AUGMENTATION DIFFÉRENCIÉE PROGRAMMÉE SUR TROIS ANS

1. Une augmentation programmée sur trois ans

● L'augmentation programmée de la fiscalité applicable au tabac s'effectuera en cinq étapes, identifiées du **I** au **V** de l'article 12 selon le calendrier suivant :

– une première augmentation significative au 1er mars 2018 ;

– deux augmentations en 2019, au 1er avril et au 1er novembre ;

– deux augmentations en 2020, également au 1er avril et au 1er novembre.

Au total, selon l'étude d'impact du projet de loi (1), ces trois vagues d'augmentation des droits de consommation devraient se traduire par une augmentation du prix de vente de 20 % pour les cigarettes et 25 % pour les autres catégories de tabacs. Avec une élasticité estimée à – 0,75, la vente devrait donc diminuer de 15 % pour les cigarettes et de 19 % pour les autres produits de tabac.

En amont de ces augmentations, le Gouvernement a annoncé son intention de relever de 10 % les minima de perception par arrêté. Relevant du pouvoir réglementaire, cette faculté n'est donc pas inscrite dans le dispositif de l'article 12 et a été mise en œuvre dès septembre 2017 (2).

● Ce calendrier peut néanmoins être considéré comme prévisionnel, dès lors que des ajustements seront nécessaires dans le cas d'une augmentation des prix à la vente ou d'une réduction de la consommation inférieures à celles attendues.

Un suivi *in itinere* du dispositif sera donc effectué, afin d'évaluer les effets de la première augmentation et d'opérer, le cas échéant, les aménagements nécessaires. L'étude d'impact précise que « *si les prix observés au cours de la*

(1) Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, p. 148.

(2) Arrêté du 22 septembre 2017 portant mise en œuvre de la majoration des minima de perception, prévue par l'article 575 du code général des impôts.

DOCUMENT PROVISOIRE

période 2018-2020 venaient à être inférieurs aux cibles envisagées, des ajustements réglementaires ou législatifs pourraient être effectués avant 2020 » [1].

La répercussion sur le prix à la vente ou sur la consommation dépend fortement des hypothèses retenues par le Gouvernement. Trois doivent être regardées avec une attention particulière :

– l'élasticité de la demande au prix, tout d'abord, reposant sur des conventions de calcul et pouvant varier fortement selon les études. Le Gouvernement retient une hypothèse de – 0,75, considérée comme une élasticité moyenne selon les types de produits consommés. Une augmentation des prix de 1 % entraînerait en ce sens une réduction de la vente en volume de 0,75 %. À titre de comparaison, selon les données de l'étude d'impact, l'augmentation des prix des tabacs à rouler de 15 % en 2017 – résultant de l'augmentation des droits de consommation inscrite dans la LFSS pour 2017 – aurait entraîné une diminution des ventes de 8 %, soit une élasticité de – 0,5. Le Gouvernement estime néanmoins que « *l'importante ampleur de la mesure* » et « *les fortes incitations à adopter des comportements d'évitement qui résulteront de cette hausse* » justifient de retenir une hypothèse supérieure [2]. Au-delà de 2018, l'élasticité-prix serait revue légèrement à la baisse, sans que le Gouvernement n'en précise toutefois le niveau précis ;

– les comportements des fabricants, ensuite, choisissant de répercuter une partie de l'augmentation des droits de consommation sur leurs marges ou sur le prix de vente. Le Gouvernement formule l'hypothèse d'un niveau de marge constant des fabricants, c'est-à-dire d'une répercussion intégrale sur les prix. Cette hypothèse – dont le suivi sera décisif pour atteindre les niveaux de prix attendus à 10 euros en 2020 – est déterminante pour l'efficacité de la mesure ;

– les effets de substitution, enfin, pouvant entraîner un report de la consommation vers d'autres produits, voire vers des produits de contrebande ou de points de vente frontaliers. À ce titre, une diminution des ventes ne suffit pas à témoigner de celle de la consommation. L'analyse précise du comportement des consommateurs devra donc être menée.

● Au total, les augmentations successives de la fiscalité applicable au tabac devrait générer des recettes supplémentaires dès 2018, la réduction attendue des ventes étant supposée plus que compensée par l'augmentation des droits de consommation.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Étude d'impact du PLFSS pour 2018, p. 149.

(2) Étude d'impact du PLFSS pour 2018, p. 152.

IMPACT FINANCIER DE LA MESURE POUR LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Année	2018	2019	2020	2021	2022
Gain (en million d'euros)	510	940	1 319	1 392	1 392

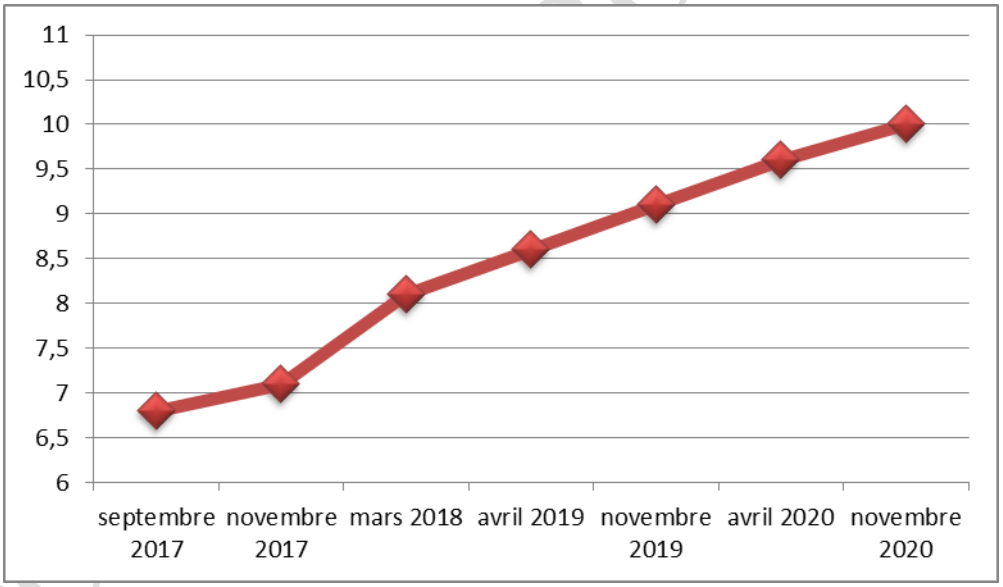
Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir du projet de loi.

S'y ajouteront également les recettes supplémentaires de TVA, affectées au budget de l'État. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, elles s'élèveraient à 66 millions d'euros en 2018.

2. Une augmentation différenciée selon le produit consommé

● Le calendrier d'augmentation du prix de vente des cigarettes visé par le Gouvernement est représenté sur le graphique ci-dessous. Il conjugue le relèvement précité des minima de perception par voie réglementaire en 2017 et les cinq augmentations successives prévues par voie législative entre 2018 et 2020.

AUGMENTATION PROJETÉE DU PRIX DE VENTE MOYEN D'UN PAQUET DE VINGT CIGARETTES (EN EUROS)



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des données du Gouvernement.

L'augmentation applicable aux cigarettes s'effectuera à un rythme inférieur à celle prévue pour les autres catégories de produits. Le Gouvernement justifie ce choix par le risque d'effet de substitution vers des produits bénéficiant d'une fiscalité réduite.

CIGARETTES				
Échéance	**Part proportionnelle (en %)**	**Part spécifique (en euros)**	**Minimum de perception (en euros)**	
			Pour 1 000 unités	**Pour un paquet de 20 unités**
2017 (droit en vigueur)	49,7	48,75	210	4,2
1er mars 2018	50,8	59,9	261	5,22
1er avril 2019	51,7	61,1	279	5,58
1er novembre 2019	52,7	62,0	297	5,94
1er avril 2020	53,6	62,5	314	6,28
1er novembre 2020	54,6	62,7	333	6,66
Augmentation totale	**+ 9,8 %**	**+ 28,6 %**	**+ 58,6 %**	

● Les droits de consommation applicables aux cigares et aux cigarillos augmenteraient davantage que ceux applicables aux cigarettes.

Le Gouvernement avance deux arguments pour motiver ce choix :

– une fiscalité inférieure sur ces produits, d'une part – estimée à 23 % sur le prix moyen, contre plus de 60 % pour les cigarettes ;

– un risque d'effet de substitution, d'autre part, l'étude d'impact évoquant un possible basculement de la consommation « *au profit de cigarillos 'ressemblant' à des cigarettes* » (1).

L'augmentation programmée s'appliquera davantage à la part spécifique, afin de tirer les premiers prix de marché vers le haut. Ce choix est justifié par l'étude d'impact « *compte tenu de la forte hétérogénéité des produits appartenant à cette catégorie* » (2). En conséquence, le poids de la part proportionnelle dans la fiscalité totale applicable à ces produits devrait diminuer d'un point chaque année.

(1) Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, p. 149.

(2) Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, p. 149.

DOCUMENT PROVISOIRE

CIGARES ET CIGARILLOS				
Échéance	**Part proportionnelle (en %)**	**Part spécifique (en euros, pour 1 000 unités)**	**Minimum de perception (en euros)**	
			Pour 1000 unités	**Pour un paquet de 20 unités**
2017 (droit en vigueur)	23	19	92	1,84
1er mars 2018	30,5	31,4	166	3,32
1er avril 2019	32,3	38,5	192	3,84
1er novembre 2019	33,8	46,2	219	4,38
1er avril 2020	34,9	54,4	245	4,9
1er novembre 2020	35,9	63,3	271	5,42
Augmentation totale	**+ 56,1 %**	**+ 233,2 %**	**+ 194,6 %**	

● L'augmentation de la fiscalité applicable au tabac à rouler prolonge la réforme engagée par l'article 29 de la LFSS pour 2017.

Le constat posé alors – celui d'une attractivité du tabac à rouler résultant notamment d'une fiscalité avantageuse entraînant *in fine* un prix de vente réduit – justifiait une augmentation du poids des droits de consommation pour cette catégorie de produits, afin de les rapprocher de ceux applicables aux cigarettes.

Poursuivant cette démarche, l'article 12 augmente, dans des proportions légèrement supérieures à celles prévues pour les cigarettes, les droits de consommation et le minimum de perception applicables aux tabacs à rouler. L'étude d'impact fixe un objectif d'augmentation de son prix de vente de 0,9 euro par an.

Cette augmentation, dont le rythme est reproduit dans le tableau ci-dessous, se justifie d'autant plus par le maintien d'un prix de vente inférieur pour le tabac à rouler malgré une fiscalité désormais proche de celle appliquée aux cigarettes. Selon les données transmises par le Gouvernement, la mesure adoptée dans la LFSS pour 2017, conduisant à une augmentation des prix de 15 % sur l'année, se serait traduite par une diminution de la consommation de ce tabac de 8 %.

Un rythme d'augmentation supérieur est prévu pour les autres tabacs à fumer, recouvrant pour l'essentiel les tabacs à pipe.

DOCUMENT PROVISOIRE

TABACS À ROULER ET AUTRES TABACS À FUMER						
Échéance	**Part proportionnelle (en %)**		**Part spécifique (en euros, pout 1 000 grammes)**		**Minimum de perception (en euros, pour 1 000 grammes)**	
	Tabac à rouler	**Autres tabacs à fumer**	**Tabac à rouler**	**Autres tabacs à fumer**	**Tabac à rouler**	**Autres tabacs à fumer**
2017 (droit en vigueur)	37,7	45,0	67,5	17	167	70
1er mars 2018	44,5	48,1	68,5	21,5	218	99
1er avril 2019	45,6	49,0	72,5	23,4	239	108
1er novembre 2019	46,7	49,9	76,2	25,3	260	117
1er avril 2020	47,7	50,6	79,3	27,2	281	126
1er novembre 2020	48,7	51,3	82,1	29,1	302	134
Augmentation totale	**+ 29,2 %**	**+ 14 %**	**+ 21,6 %**	**+ 71,2 %**	**+ 80,8 %**	**+ 91,4 %**

● Les droits de consommation applicables aux tabacs à priser et à fumer, enfin, augmentent dans les mêmes proportions. En l'absence de part spécifique ou de minimum de perception, seule la part proportionnelle augmentera sur la période.

TABACS À PRISER ET À MÂCHER				
Échéance	**Part proportionnelle (en %)**		**Part spécifique (eu euros, pour 1 000 grammes)**	
	Tabacs à priser	**Tabacs à mâcher**	**Tabacs à priser**	**Tabacs à mâcher**
2017 (droit en vigueur)	50	35	0	
1er mars 2018	53,8	37,6	0	
1er avril 2019	55,0	38,5	0	
1er novembre 2019	56.2	39,3	0	
1er avril 2020	57,1	40,0	0	
1er novembre 2020	58,0	40,6	0	
Augmentation totale	**+ 16,0 %**		**0 %**	

3. L'application d'un mécanisme d'indexation des droits de consommation au-delà de 2020

L'article 12 complète ce dispositif par un mécanisme d'indexation des droits de consommation destiné à prendre le relais des cinq augmentations prévues entre 2018 et 2020.

Les parts spécifiques et les minima de perception seraient augmentés chaque année au 1er janvier, avec l'application d'un mécanisme d'indexation sur

DOCUMENT PROVISOIRE

l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année, publié par l'INSEE. L'arrêté serait signé par le ministre chargé du budget.

Ce relèvement ne pourrait pas excéder 1,8 %. Ce mécanisme peut être rapproché de celui prévu pour la fiscalité applicable aux boissons alcoolisées, l'article 402 *bis* du code général des impôts prévoyant une indexation similaire au 1er janvier de chaque année.

III. L'AMORCE DU PROCESSUS DE CONVERGENCE DE LA FISCALITÉ DU TABAC APPLICABLE EN CORSE

1. L'engagement d'une convergence de trois ans

L'article 12 procède également à l'augmentation des droits de consommation applicables en Corse.

En cohérence avec le dispositif prévu pour la fiscalité de droit commun sur le continent, l'augmentation applicable en Corse est :

– progressive, suivant un calendrier de cinq étapes, du 1er mars 2018 au 1er novembre 2020, également à hauteur d'un euro par an ;

– différenciée, selon le produit de tabac mis à la vente.

L'augmentation prévue en Corse se distingue néanmoins par :

– son niveau proportionnellement supérieur, appuyant ainsi l'objectif affiché de convergence des prix ;

– l'élasticité de la demande au prix, fixée par le Gouvernement à – 0,85, soit un niveau supérieur à celui envisagé pour le continent.

Au total, l'augmentation des droits de consommation en Corse devrait générer une recette supplémentaire de 22 millions d'euros en 2021, qui reste affectée à la collectivité de Corse.

● S'agissant des cigarettes, l'augmentation attendue par le Gouvernement en Corse est la suivante :

– + 1 euro en mars 2018 ;

– + 0,5 euro en avril puis novembre 2019 ;

– + 0,5 euro en avril 2020 et + 0,4 euro en novembre 2020.

Le paquet de vingt cigarettes devrait donc passer de 5,10 euros à 8 euros.

DOCUMENT PROVISOIRE

CIGARETTES		
Échéance	**Part proportionnelle (en %)**	**Part spécifique (en euros)**
2017 (droit en vigueur)	40	25
1er mars 2018	42,9	32,5
1er avril 2019	44,4	36,3
1er novembre 2019	45,8	40,1
1er avril 2020	47,3	43,9
1er novembre 2020	48,8	47,6
Augmentation totale	**+ 22 %**	**+ 90,4 %**

● Les augmentations de droits de consommation applicables aux autres produits de tabac sont retracées ci-dessous. Elles amorcent également la convergence avec la fiscalité applicable sur le continent.

	Cigares et cigarillos		**Tabacs à rouler**		**Autres tabacs à fumer**		**Tabacs à priser**	**Tabacs à mâcher**
Échéance	Part prop. (en %)	Part spéc. (en euros)	Part prop. (en %)	Part spéc. (en euros)	Part prop. (en %)	Part spéc. (en euros)	Part prop. (en %)	Part prop. (en %)
2017 (droit en vigueur)	10	18,5	15	22,5	25	0	20	15
1er mars 2018	15,2	27,5	21,7c	34,4	30,3	5,8	27,6	20,1
1er avril 2019	17,8	31,9	31,9	40,4	32,9	8,7	31,4	22,7
1er novembre 2019	20,4	36,4	28,5	46,3	35,5	11,6	35,2	25,2
1er avril 2020	22,9	40,9	31,9	52,3	38,1	14,5	39	28,5
1er novembre 2020	25,5	45,4	35,2	58,3	40,8	17,5	42,8	30,4
Augmentation totale	**+ 155 %**	**+ 144,3 %**	**+ 90,4 %**	**+ 134,7 %**	**+ 63,2 %**	**-**	**+ 114 %**	**+ 102,7 %**

2. Un alignement envisagé au-delà de 2020

Le rattrapage engagé par l'article 12 du projet de loi devra être complété par un processus de « *convergence totale* » (1), pour reprendre les termes du Gouvernement dans la présentation du dispositif. À partir de 2021, des mesures supplémentaires devront donc être mises en œuvre pour rendre notre droit fiscal conforme au droit de l'Union européenne et ne plus exposer la France à des sanctions. Ces mesures ne sont toutefois pas précisées à ce stade et s'appliqueront « *dans des conditions qui doivent encore faire l'objet de travaux* ».

*

* *

(1) Étude d'impact du projet de loi, p. 151.

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 13
Verdissement de la taxe sur les véhicules de société

L'article 13 aménage la taxe sur les véhicules de société (TVS) afin de renforcer son volet incitatif à l'utilisation de véhicules moins polluants.

Il procède au verdissement simultané des barèmes constitutifs de la TVS et modifie le régime d'exonération en vigueur, afin notamment d'encourager le recours à des véhicules hybrides combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence.

Le rendement supplémentaire attendu est estimé à 112 millions d'euros en année pleine, s'ajoutant ainsi aux 700 millions d'euros de recettes perçues en 2016.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

1. Le champ, la déclaration et l'affectation de la taxe sur les véhicules de société

● La taxe sur les véhicules de société (TVS), régie par l'article 1010 du code général des impôts, s'applique aux véhicules de tourisme :

– utilisés par les sociétés en France quel que soit l'État d'immatriculation ;

– possédés par les sociétés en France et immatriculés sur le territoire.

Lorsqu'un véhicule est pris en location, la TVS est due par la société locataire. Le même régime s'appliquera, à compter du 1er janvier 2018, pour les véhicules mis à disposition. Lorsque le véhicule fait l'objet d'un remboursement des frais kilométriques par la société, par ailleurs, la société est redevable de TVS au-delà de 15 000 kilomètres parcourus à titre professionnel, le montant dû augmentant en fonction du kilométrage professionnel donnant lieu à remboursement.

Les véhicules de tourisme visés sont les voitures particulières telles que définies par le droit de l'Union européenne (1) et les véhicules à usages multiples destinés au transport de voyageurs Certains véhicules sont néanmoins soustraits à la TVS, s'agissant :

– des sociétés dont l'activité normale est la vente, la location de courte durée ou l'exécution d'un service de transport à la disposition du public ;

– des véhicules accessibles en fauteuil roulant.

(1) *Directive 2007/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 septembre 2007 établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, de leurs remorques et des systèmes, des composants et des entités techniques destinés à ces véhicules. Ces véhicules sont ceux retenus par le code général des impôts pour la définition des véhicules de tourisme.*

DOCUMENT PROVISOIRE

● La TVS, aujourd'hui déclarée à partir d'imprimés fournis par l'administration, dans les deux premiers mois de chaque période d'imposition, sera acquittée sur déclaration comme la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à compter du 1er janvier 2018 (1). L'absence d'obligation de télédéclaration et de télérèglement actuellement en vigueur, dérogatoire au droit commun, sera supprimée à compter de cette même date (2). À l'avenir, la TVS sera donc intégralement régie par les dispositions applicables en matière de taxe sur le chiffre d'affaires s'agissant du recouvrement, du contrôle et du contentieux.

Elle n'est pas déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

Elle est actuellement due par les sociétés au titre des véhicules qu'elles possèdent ou utilisent entre le 1er octobre de l'année n-1 et le 30 septembre de l'année n, liquidée par trimestre et payable en une seule fois au terme de la période d'imposition.

À compter du 1er janvier 2018, toutefois, elle sera due sur une période d'imposition allant du 1er janvier au 31 décembre, aux termes de la modification opérée par l'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 (3). Cette dernière a en effet permis d'aligner l'exercice comptable de la TVS sur l'année civile.

Afin d'éviter une absence d'acquittement de la TVS du 1er octobre au 31 décembre 2017, l'article précité a également prévu une TVS spécifique au dernier trimestre 2017, appelée à assurer la transition entre les deux exercices.

● L'essentiel du produit de la TVS est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) depuis la LFSS pour 2014. La fraction de TVS jusqu'alors affectée à l'État est désormais également versée à la branche famille, aux termes de l'article 48 de la loi de finances pour 2017 (4). L'affectation à la CNAF est donc désormais intégrale.

Son rendement, qui atteint 692 millions d'euros en 2016, décroît au fil des ans. Si elle peut être considérée comme une preuve de l'efficacité de la taxe, cette diminution peut néanmoins également refléter le vieillissement du barème et son décalage par rapport au parc automobile des entreprises.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

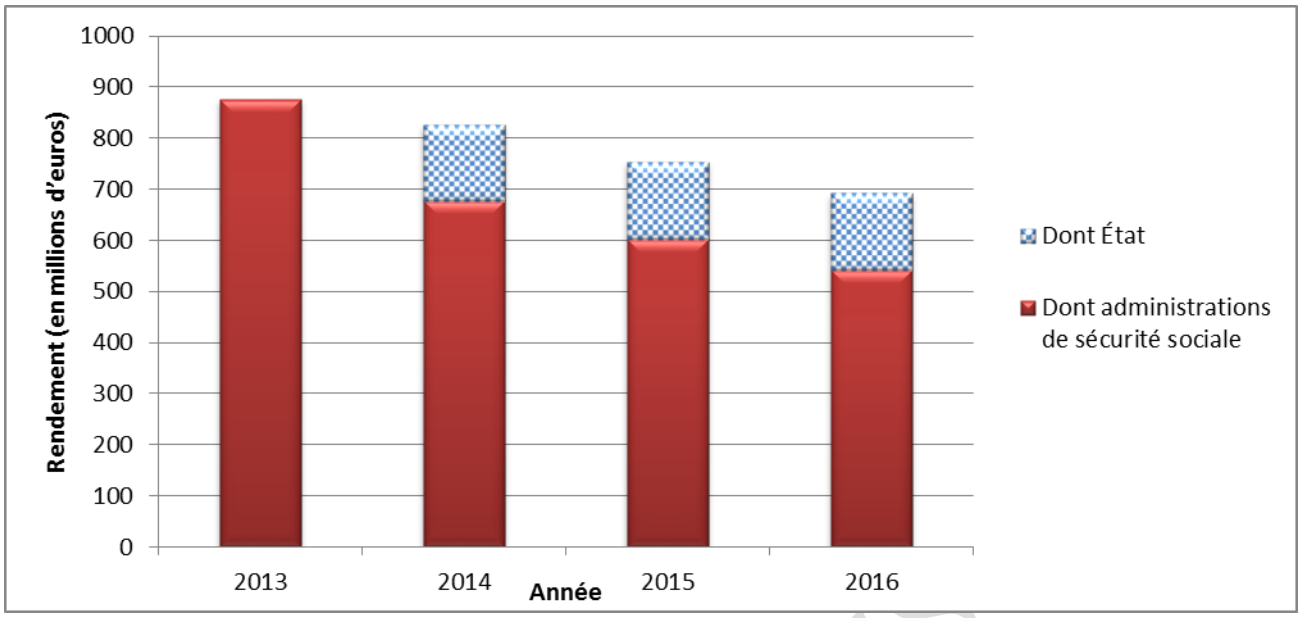
(1) Pour plus de précisions sur ce régime de déclaration, on pourra utilement se référer à l'analyse – encore pertinente – effectuée par M. Gérard Bapt, dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r4151-tI.pdf, p. 152.

(2) Sauf pour les sociétés soumises à un régime simplifié de TVA, qui déclareront sur la base d'un imprimé.

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

(4) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

RENDEMENT DE LA TAXE SUR LES VÉHICULES DE SOCIÉTÉ



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des données transmises par le Gouvernement.

Ce rendement décroissant pose question et est d'autant plus significatif qu'il intervient en dépit de l'ajout d'un second barème à partir de 2014, censé apporter un rendement supplémentaire de TVS.

2. Les barèmes constitutifs de la taxe sur les véhicules de société

La TVS est calculée par l'addition de deux composantes :

– un premier tarif fixé, selon les cas, en fonction des émissions de dioxyde de carbone (CO2) ou de la puissance fiscale du véhicule ;

– un second tarif déterminé en fonction du type de carburant et de l'année de première mise en circulation, prenant en compte les émissions de polluants atmosphériques.

Les barèmes qui déterminent ces tarifs jouent un rôle décisif dans le caractère incitatif du dispositif. En frappant plus lourdement les véhicules les plus polluants, ils comportent une finalité comportementale et visent à encourager l'utilisation de véhicules laissant une faible empreinte sur l'environnement.

a. Le tarif relatif aux émissions de CO2 ou à la puissance fiscale du véhicule

La première part de TVS, qui constitue l'origine du dispositif, est calculée à partir des émissions de dioxyde de carbone ou, à défaut, de la puissance fiscale du véhicule.

● Le tarif relatif au taux d'émission de CO2 s'applique aux véhicules répondant à trois critères cumulatifs :

DOCUMENT PROVISOIRE

– avoir été mis en circulation pour la première fois à compter du 1er juin 2004 ;

– être utilisé ou possédé par la société à compter du 1er janvier 2006 ;

– avoir fait l'objet d'une réception communautaire, dite réception CE. Cette appellation signifie que le type de véhicule, de système ou d'équipement est déclaré satisfaire aux directives de l'Union européenne qui leur sont applicables.

Huit tranches fixent un tarif allant de zéro euro pour une émission inférieure ou égale à 50 grammes par kilomètre à 27 euros par gramme pour une émission supérieure à 250 grammes par kilomètre.

Le taux retenu pour l'application du dispositif est le taux conventionnel d'émission de CO_2 calculé selon la méthode définie par l'arrêté du ministère de l'équipement, des transports et du logement du 21 avril 2000 (1).

Ce taux est communiqué au public par divers moyens – notamment le guide annuel publié par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et accessible sur internet (2) – et figure sur la carte grise du véhicule.

● Pour les autres véhicules, le barème repose sur la puissance fiscale, exprimée en chevaux-vapeur (CV). Ces autres véhicules recouvrent :

– les véhicules possédés ou utilisés avant le 1er janvier 2006 par la société ;

– ceux possédés ou utilisés après cette date mais mis en circulation pour la première fois avant le 1er juin 2004 ;

– ceux n'ayant pas fait l'objet d'une réception communautaire, c'est-à-dire les véhicules ayant fait l'objet d'une réception nationale ou à titre isolé, par exemple issus du marché américain.

Cinq tranches établissent un tarif compris entre 750 euros pour les véhicules dont la puissance est inférieure à 3 CV et 4 500 euros lorsqu'elle est supérieure à 15 CV.

b. Le tarif relatif aux émissions de polluants atmosphériques

La seconde part de TVS, ajoutée par la loi de finances pour 2014 (3), correspond à une composante « air » de la taxe, visant à prendre en compte les oxydes d'azote, les composés organiques volatiles non méthaniques et les particules en suspension. Elle ne s'applique pas aux véhicules fonctionnant exclusivement à l'énergie électrique.

---

(1) Arrêté du 21 avril 2000 relatif à la détermination de la consommation conventionnelle de carburant et des émissions de dioxyde de carbone des véhicules automobiles.

(2) Consultable à l'adresse suivante : http://carlabelling.ademe.fr/

(3) Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le tarif est calculé à partir d'un barème de cinq tranches retenant deux paramètres :

– d'une part, le mode de carburation, avec deux catégories « *essence et assimilé* » ou « *diesel et assimilé* ». Cette seconde catégorie rassemble les motorisations au gazole et celles combinant une motorisation électrique et une motorisation au gazole émettant plus de 110 grammes de CO_2 par kilomètre. La première catégorie recouvre les autres véhicules, y compris ceux fonctionnant au gaz naturel, au gaz de pétrole liquéfié ou au superéthanol ;

– d'autre part, l'année de première mise en circulation du véhicule.

À titre d'exemple, le tarif applicable à une voiture essence mise en circulation à compter de 2011 est de 40 euros, là où celui relatif à une voiture diesel mise en circulation avant 1997 est de 600 euros.

3. L'exonération applicable aux véhicules hybrides

Les véhicules hybrides – combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole – et ceux combinant l'essence à du gaz naturel carburant ou du gaz de pétrole liquéfié sont exonérés de la première part de TVS lorsqu'ils émettent moins de 110 grammes de CO_2 par kilomètre parcouru.

Cette exonération est ouverte pour huit trimestres.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 13 aménage les barèmes de la TVS afin de les rendre plus incitatifs et dissuasifs. L'ensemble de ses dispositions entreront en vigueur au 1er janvier 2018, aux termes du **II** du dispositif.

1. L'aménagement de la première part de TVS

Le **1°** du **I** aménage le premier tarif de TVS, exprimé en euros par gramme de CO_2 émis. La modification vise à rendre le barème à la fois :

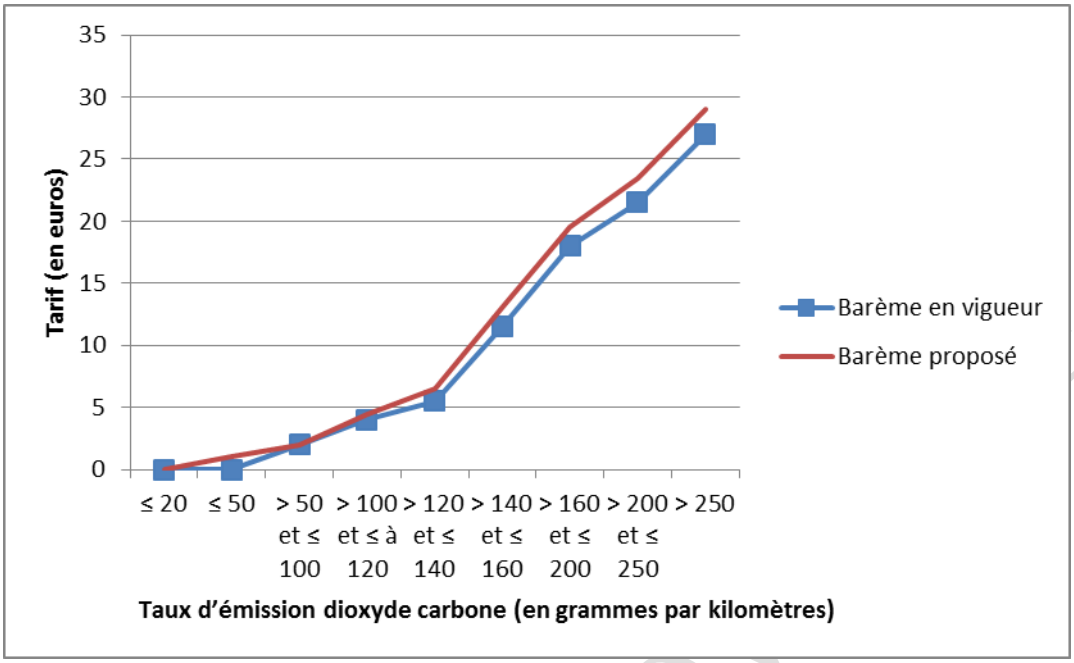
– plus progressif : une tranche supplémentaire est ajoutée aux deux prévues actuellement entre 0 et 100 grammes de CO_2 par kilomètre ;

– plus incitatif : les tarifs applicables au-delà de 100 grammes de CO_2 par kilomètre sont augmentés.

DOCUMENT PROVISOIRE

ÉVOLUTION DU BARÈME APPLICABLE AU PREMIER TARIF DE TVS

(en euros, selon le taux d'émission de dioxyde de carbone en grammes par kilomètres)



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir du projet de loi.

2. La réforme du dispositif d'exonération du premier barème de TVS

Le **2°** du **I** aménage le dispositif d'exonération de la première part de TVS s'agissant à la fois du parc éligible et de sa durée.

● S'agissant des véhicules éligibles, sont désormais exclues de l'exonération :

– les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation au gazole, quel que soit leur taux d'émission de CO_2, aux termes du **a** du **2°** ;

– les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence dont les émissions de CO_2 sont supérieures à 100 grammes par kilomètres – par rapport au plancher de 110 g/km applicable aujourd'hui –, aux termes du **b** du **2°**.

L'exonération ne sera donc plus ouverte qu'aux seuls véhicules hybrides électricité-essence et à ceux combinant l'essence à du gaz naturel carburant ou du gaz de pétrole liquéfié dont les émissions sont inférieures ou égales à 100 g/km.

● La durée de l'exonération, par ailleurs, est portée de huit à douze trimestres par le **c** du **2°**.

Elle deviendra définitive pour les véhicules dont les émissions sont inférieures ou égales à 60 grammes de CO_2 par kilomètre. Ce plafond, fixé au **d** du

2°, est identique à celui défini par le décret du 11 janvier 2017 [(1)] ayant défini le seuil en-deçà duquel une voiture particulière ou une camionnette est considérée comme un véhicule à faibles niveaux d'émissions de CO_2.

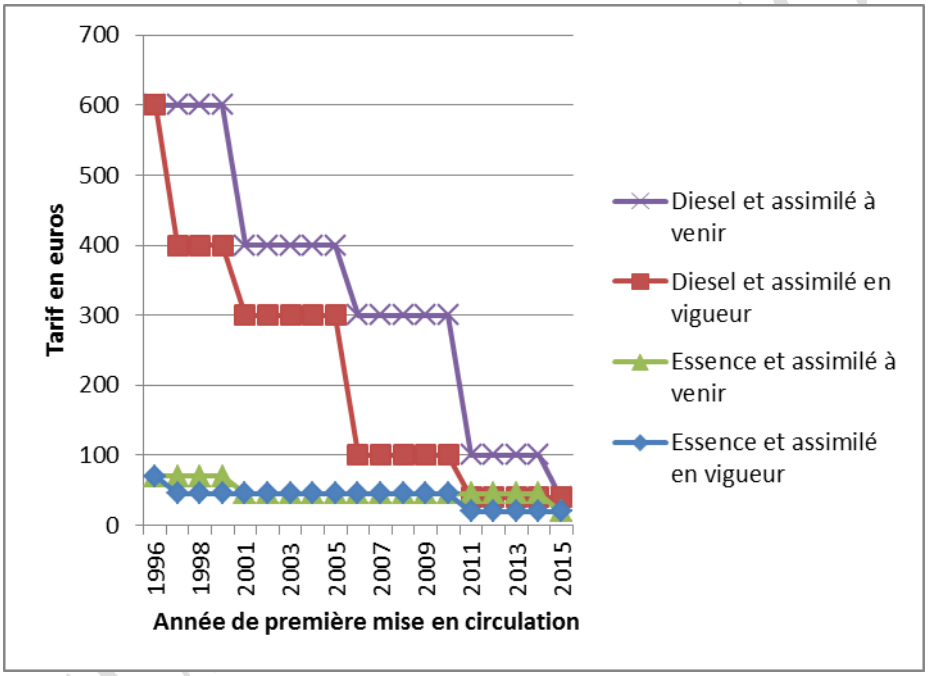
3. L'aménagement de la seconde part de TVS

Le **3°** du **I** modifie le barème de la composante « air » de la TVS.

Il repousse de quatre années chacune des cinq échéances de ce barème, en cohérence avec le délai de quatre ans s'étant écoulé entre la mise en place de ce tarif en 2014 et l'entrée en vigueur du dispositif, au 1er janvier 2018.

ÉVOLUTION DU BARÈME APPLICABLE AU SECOND TARIF DE TVS

(en euros, selon l'année de première mise en circulation du véhicule)



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationales, à partir du projet du loi.

Cette modification vise à tenir compte de la dernière classification des normes Euro, comme le préconisait notamment le rapport de la mission d'information relative à l'offre automobile française dans une approche industrielle, énergétique et fiscale, déposé le 12 octobre 2016 [(2)].

*

* *

(1) *Décret n° 2017-24 du 11 janvier 2017 pris pour l'application des articles L. 224-7 du code de l'environnement et L. 318-1 du code de la route définissant les critères caractérisant les véhicules à faibles et très faibles niveaux d'émissions de moins de 3,5 tonnes.*

(2) *Rapport d'information sur l'offre automobile française dans une approche industrielle, énergétique et fiscale, présenté par Mmes Sophie Rohfritsch et Delphine Batho le 12 octobre 2016, accessible à cette adresse : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4109.asp.*

CHAPITRE IV
Dispositions relatives aux recettes de la branche maladie

Article 14
Fixation des taux « Lv » et « Lh » pour 2018 et précisions sur les conditions d'application de la clause de sauvegarde

Cet article définit les modalités d'application de la clause de sauvegarde portant sur les dépenses de médicament.

Il vise principalement à fixer les taux d'évolution des taux Lv et Lh pour l'année 2018. Il précise aussi les modalités de calcul de l'assiette des taux Lv et Lh pour tenir compte des changements de circuits de distribution des médicaments.

Enfin, il simplifie le calcul des contributions des entreprises pharmaceutiques au titre des années 2015 et 2016.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LE MÉCANISME DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE

1. Assurer le respect de l'ONDAM

La clause de sauvegarde a vocation à intervenir lorsque les autres actions de régulation relatives au prix et à la maîtrise des volumes de médicaments prescrits ont été insuffisantes pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le mécanisme vise à réguler les dépenses liées aux médicaments en assujettissant les entreprises concernées à un prélèvement assis sur l'évolution de leur chiffre d'affaires brut. Au-delà d'un certain taux d'évolution, les entreprises pharmaceutiques s'acquittent collectivement d'une contribution progressive.

2. L'assiette fixée par la loi

Le taux de la contribution est fixé proportionnellement au chiffre d'affaires constaté. Si celui-ci est supérieur de plus d'un point au taux fixé par la loi, alors le taux de la contribution s'élève à 70 % de la part du chiffre d'affaires qui dépasse le taux de croissance autorisé.

Sont visés par cette contribution les médicaments vendus dans les officines, ceux délivrés par les établissements hospitaliers qu'il s'agisse des médicaments inscrits sur la liste de rétrocession ou de ceux facturés en sus des prestations d'hospitalisation, et les médicaments pris en charge de manière dérogatoire au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), ou au titre du régime dit du « post-ATU ». Cependant, les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires annuel est inférieur à 30 millions d'euros ainsi que les médicaments génériques sont exclus de l'assiette.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a opéré une modification de l'assiette de calcul en supprimant la déduction des remises conventionnelles.

Le mécanisme est conçu comme une incitation à la négociation des prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). En effet, les entreprises ayant conventionné avec lui peuvent choisir de verser à l'assurance maladie des remises les exonérant ainsi de l'acquittement de la contribution. Le mécanisme est incitatif, dans la mesure où une décote de 20 % est prévue dès lors que le montant des remises ainsi consenties dépasse 80 % du montant dû au titre de la contribution.

3. Les taux d'évolution

Jusqu'en 2017, un taux unique – le taux L – a été appliqué. Le taux L a ainsi été fixé à - 1 % par les LFSS pour 2015 et pour 2016, ce taux s'appliquant indifféremment à l'ensemble des médicaments entrant dans l'assiette de la contribution, qu'ils soient délivrés en ville ou à l'hôpital.

Constatant que les rythmes de croissance des dépenses de médicaments présentent d'importantes différences selon le secteur, la LFSS pour 2017 a instauré deux mécanismes de régulation distincts dénommés « Lv » applicable aux médicaments délivrés par les officines et « Lh » applicable aux médicaments délivrés par les établissements de santé, en rétrocession ou en sus des tarifs hospitaliers, ainsi qu'aux médicaments bénéficiant du régime des ATU.

Pour 2017, les taux Lv et Lh ont été respectivement fixés à 0 % et à 2 % [(1)].

Enfin, le produit de la contribution, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le produit de la contribution, dû au titre du taux (Lh), est quant à lui affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

II. LA CLAUSE DE SAUVEGARDE PRÉVUE POUR L'ANNÉE 2018

Cet article vise quatre objectifs :

– il précise les modalités de calcul de l'assiette des taux Lv et Lh pour tenir compte des changements de circuits de distributions des médicaments (**1° et 2° du I**) ;

– il vise à s'assurer de la fiabilité des informations permettant de déterminer le niveau des contributions (**3° du I**) ;

---

(1) Cf. B du I de l'article 30 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement pour la sécurité sociale pour l'année 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

– il fixe les taux d'évolution des taux Lv et Lh pour l'année 2018 (**II**) ;

– il simplifie le calcul des contributions au titre des années 2015 et 2016 (**III**).

1. Modifications portant sur l'assiette de calcul

Constatant qu'un médicament donné pouvait faire changer de circuit de distribution (de l'hôpital vers la ville notamment), les **1° et 2° du I** procèdent à la modification des articles L. 138-10 et L. 138-11 du code de la sécurité sociale afin de préciser les modalités de calcul des taux Lv et Lh.

Afin de calculer au plus près le montant des contributions, le texte instaure une formule tenant compte des modifications de circuit de distribution des médicaments.

Ces changements peuvent entraîner une modification significative des dépenses susceptibles de déclencher la clause de sauvegarde pour l'un ou l'autre des secteurs. L'objectif recherché vise à neutraliser cet effet non corrélé à une augmentation de la consommation de médicaments. Les chiffres d'affaires N et N-1 sont ainsi ventilés au *prorata* des dépenses constatées au titre de l'année N.

2. Fiabilité des informations transmises en matière de chiffres d'affaires des médicaments

Le **3° du I** modifie l'article L. 138-15 du code du même code afin de s'assurer de la fiabilité des informations permettant de déterminer le montant des contributions au titre de la clause de sauvegarde. L'article L. 138-15 dispose notamment que les entreprises redevables des contributions transmettent aux organismes de recouvrement de la sécurité sociale un document permettant d'identifier les chiffres d'affaires relatifs aux ventes de médicament en ville et à l'hôpital.

Le présent article prévoit que le comité économique des produits de santé (CEPS), partie prenante aux négociations portant sur les prix et les remises conventionnelles, peut signaler les données faisant l'objet de la déclaration qu'il faudrait rectifier. Un décret fixe les modalités de ce signalement.

3. Fixation des taux Lv et Lh pour 2018

Les taux de croissance des taux Lv et Lh pour 2018 visent à tenir compte de l'arrivée de médicaments innovants et onéreux, tout en assurant la soutenabilité des dépenses de médicaments. Ils sont ainsi fixés par le **II** :

– à 0 % pour le taux Lv ;

– à 3 % pour le taux Lh.

DOCUMENT PROVISOIRE

L’étude d’impact explique ces taux différenciés par la nécessité de faire face aux flux importants de nouveaux médicaments innovants et coûteux, principalement à l’hôpital.

4. Contributions au titre des années 2015 et 2016

Le **III** dispose que les montants appelés au titre des contributions pour les années 2015 et 2016 sont définitifs.

Il s’agit ici de tenir compte des évolutions opérées par la LFSS pour 2017. Jusqu’à son entrée en vigueur, l’assiette de la contribution excluait les remises conventionnelles négociées par ailleurs avec le CEPS.

Dans le cas particulier des médicaments sous ATU, le montant des remises ne pouvait être déterminé de façon précise, les entreprises étant encore en négociation avec le CEPS pour fixer un prix de vente. Pour préserver le secret des affaires, il était prévu que l’assiette de la contribution était calculée, dans un premier temps, sur un montant prévisionnel de remises pour les médicaments sous autorisation temporaire d’utilisation (ATU) ou du régime « post-ATU ». Le code de la sécurité sociale prévoyait ensuite une mesure de régularisation l’année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments en ATU ou post-ATU est fixé. Cette régularisation s’imputait sur la contribution due au titre de l’année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments était fixé.

Cet ajustement, applicable au titre de l’ancien taux L dont l’assiette excluait les remises conventionnelles, n’a pas été opéré pour les années 2015 et 2016. Cette mesure répond à une volonté de simplification administrative : elle évite d’avoir à solliciter inutilement les entreprises pour un dispositif que le législateur a entendu supprimer.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 15

Prorogation et augmentation de la participation des organismes complémentaires au financement des rémunérations alternatives au paiement à l'acte

Cet article vise à proroger d'une année la participation des organismes complémentaires au financement des rémunérations alternatives au paiement à l'acte, tout en aménageant les modalités de cette contribution.

Il traduit ainsi dans la loi les engagements figurant à l'article 15 de la convention médicale du 25 août 2016, qui prévoyait la poursuite de l'engagement financier des organismes complémentaires ainsi que sa transformation à compter de 2018. Le rendement de cette contribution, réparti entre chaque organisme complémentaire, s'élèverait à 250 millions d'euros.

1. Modalités actuelles de la participation des organismes de complémentaires santé

L'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 prévoyait une participation des organismes complémentaires au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins.

L'article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a instauré à cet effet une participation au titre des années 2013 à 2015, assise sur une contribution due par chaque organisme complémentaire en activité au 31 décembre de l'année civile en cours (année N). Le produit de la participation globale, plafonné à 150 millions d'euros, est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La participation a été prorogée pour les années 2016 et 2017 respectivement par les articles 36 et 31 des lois de financement de la sécurité sociale. Pour 2017, toutefois, le montant de la capitation a été fixé par la loi tandis qu'a été supprimé le plafonnement de la contribution.

2. Prorogation de la participation pour 2018

Conformément à la convention médicale conclue au mois d'août 2016, cet article institue pour l'année 2018 la participation des organismes complémentaires au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte.

Le **I** institue, à la charge des organismes complémentaires mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, une nouvelle participation des organismes à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire : « *les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins* ».

Comme pour les années passées, son produit sera affecté à la CNAMTS.

DOCUMENT PROVISOIRE

3. Définition de l'assiette et du forfait

La contribution est due par tout organisme complémentaire en activité au 31 décembre 2018.

Les modalités d'imputation de la participation restent globalement inchangées. Ainsi, le montant de la contribution est égal au produit d'un forfait annuel et du nombre de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et ayants droit couverts âgés de seize ans ou plus par cet organisme – à l'exception des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) – qui ont bénéficié, au cours de l'année 2017, d'au moins une consommation de soins ayant donné lieu à une prise en charge du ticket modérateur par les organismes complémentaires.

Le I fixe le montant du forfait annuel à 8,10 euros contre 5 euros en 2017 conformément à l'effort prévu par la convention médicale.

4. Modalités de recouvrement et évolutions proposées

Le **II** dispose que la participation sera recouvrée, comme c'était déjà le cas, par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), concomitamment au recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale – sauf aménagements prévus par décret en Conseil d'État – et dans les mêmes conditions, garanties et sanctions que celles prévues pour le recouvrement de cette taxe.

5. Rendement attendu pour 2018

L'étude d'impact rappelle que de nombreux facteurs – évolution du nombre global d'assurés ayant souscrit une couverture complémentaire, part des assurés exonérés de ticket modérateur, part des patients effectuant une consultation dans l'année chez leur médecin traitant – peuvent avoir un effet à la hausse ou à la baisse sur le rendement de la taxe.

Selon une hypothèse de réalisation fondée sur les rendements observés les années précédentes, le produit de la contribution atteindrait 250 millions d'euros en 2018.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE V
Dispositions relatives à la modernisation de la branche recouvrement

Article 16
Modernisation du recouvrement des cotisations sociales des artistes auteurs

Cet article constitue une double avancée pour le régime des artistes auteurs : la fiabilisation du recouvrement de leurs cotisations sociales, d'une part, ainsi que l'extension des conditions d'affiliation, d'autre part, devraient leur permettre d'acquérir dans des conditions normalisées davantage de droits au sein du régime général.

1. Les artistes auteurs bénéficient d'un régime particulier dont le recouvrement est assuré par des organismes agréés

a. Un régime rattaché au régime général conservant des singularités

L'activité de création artistique, compte tenu de sa nature particulière, pourrait, en l'absence de qualification législative, relever du salariat ou du travail indépendant en fonction des conditions de son exercice. Dans un souci de protection des artistes mais aussi des personnes privées et publiques qui assurent l'exploitation et la diffusion des œuvres, la loi détermine depuis 1964 (1) que les artistes-auteurs relèvent du régime général pour les assurances sociales.

La notion d'artiste auteur renvoie aux créateurs d'œuvres littéraires, dramatiques, musicales, chorégraphiques, audiovisuelles, cinématographiques, graphiques, plastiques et même depuis une date plus récente photographique sous certaines conditions (art. L. 382-1 du code de la sécurité sociale). L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale du régime général (même article). En cas de désaccord entre l'assuré et les organismes de sécurité sociale du régime général sur la nature artistique de l'activité, une commission comprenant des professionnels et des représentants de l'État fournit un avis en vue d'éclairer ces derniers (2).

Protecteur pour les affiliés pour lesquels les niveaux de cotisations sont suffisants pour ouvrir des droits (environ 39 000 personnes), le régime des artistes auteurs l'est beaucoup moins pour les nombreux assujettis (220 000 personnes) qui cotisent (3) sans qu'aucun droit ne leur soit ouvert (4).

---

(1) Loi n° 64-1338 du 26 décembre 1964 sur l'assurance maladie, maternité et décès des artistes peintres, sculpteurs et graveurs

(2) Les organismes de sécurité sociale et le juge, le cas échéant, ne sont toutefois pas tenus par l'avis de la commission.

(3) L'article L. 382-3 du même code pose le principe de l' « assujettissement » sur l'ensemble de leurs revenus d'activités, dans les mêmes conditions que les salaires, dès lors qu'ils sont fiscalement assimilables à ces derniers.

(4) Le seuil pour passer de l'assujettissement à l'affiliation est de 8 703 euros pour 2016, soit 900 fois la valeur horaire du SMIC (art. R. 382-1 du code de la sécurité sociale). La Protection universelle maladie (PUMA) est évidemment ouverte aux assujettis.

DOCUMENT PROVISOIRE

b. Le recouvrement par des organismes agréés se révèle insatisfaisant

À moins que la relation entre l'artiste et la société avec laquelle il travaille pour la diffusion et l'exploitation de ses œuvres ne relève clairement du salariat, le financement du régime des artistes auteurs repose sur deux sources :

– les artistes-auteurs versent des cotisations et contributions dans les mêmes conditions qu'un salarié au-delà d'un certain seuil ;

– les personnes privées ou publiques assurant la diffusion ou l'exploitation d'œuvres artistiques pallient l'absence d'employeurs et versent une contribution calculée sur leur chiffre d'affaires.

La relative singularité de ce mécanisme a justifié la mise en place de deux organismes agréés assurant à la fois le recouvrement des différentes contributions et cotisations ainsi que des missions d'action sociale : il s'agit de la Maison des Artistes pour les arts graphiques (MDA) et de l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des artistes auteurs (AGESSA), dont les modalités de la gouvernance sont précisées par l'article L. 382-2. Elles sont consultées par les caisses du régime général avant que celles-ci ne prononcent l'affiliation, la pratique consistant pour les caisses à suivre leur avis, souvent mieux renseigné sur la nature de l'activité des artistes auteurs concernés (L. 382-1).

Cette organisation du recouvrement reposant sur deux entités associatives concerne aujourd'hui 262 000 auteurs cotisants et 48 529 diffuseurs pour 281 millions d'euros de cotisations et contributions encaissées en 2016 [(1)].

La MDA et l'AGESSA semblent toutefois sous-dimensionnées pour assurer ces activités de recouvrement dans de bonnes conditions, notamment au regard des besoins en termes de systèmes d'information. Ces dysfonctionnements ont des conséquences directes sur les droits des artistes auteurs dès lors que l'absence d'appel de cotisations, due généralement à des difficultés d'identification, entraînent directement un retard, voire l'absence, d'ouverture des droits pour les affiliés.

Plusieurs dispositifs récents ont toutefois participé à améliorer les mécanismes de recouvrement sans remettre en cause le principe même de cette organisation :

– la régularisation des cotisations vieillesse pour les artistes auteurs a été reprécisée et étendue par voie de circulaire permettant ainsi de reconstituer plus facilement les carrières depuis le 31 décembre 1975 grâce au rachat des cotisations dues au titre de ces périodes [(2)] ;

---

(1) Rapport d'activité pour l'année 2016 de l'AGESSA.

(2) Circulaire interministérielle N° DSS/5B/3A/2016/308 du 24 novembre 2016 relative à l'extension et à l'adaptation de la procédure de la régularisation de cotisations prescrites d'assurance vieillesse aux artistes auteurs

DOCUMENT PROVISOIRE

– l'article 10 du PLFSS pour 2016 avait prévu la mise en place d'un précompte de cotisations d'ici au 1er janvier 2019, lequel n'est pas entré en vigueur à ce jour.

2. Le présent article entend renforcer le recouvrement des prélèvements sociaux sur les revenus des artistes tout en normalisant les conditions dans lesquelles ils bénéficient des prestations du régime général

a. Les nouvelles conditions d'affiliation

Le **I** modifie les règles d'affiliation dans le code de la sécurité sociale.

Le **a) du 1** prévoit que l'affiliation des artistes auteurs est prononcée par les organismes agréés de l'article L. 382-2 du code de la sécurité sociale. Elles pourront consulter les commissions professionnelles de leur initiative ou à celle de l'intéressé.

Le **b)** crée un nouvel alinéa précisant que ce sont les organismes de sécurité sociale du régime général qui mettent en œuvre cette affiliation.

Cette nouvelle organisation constitue une clarification des rôles respectifs des MDA et de l'AGESSA, d'une part, et des caisses du régime général, d'autre part : les premières, dans la mesure où elles connaissent les spécificités liées à l'activité d'artistes auteurs prononcent l'affiliation qui doit être mise en œuvre par les caisses.

Le **2°** améliore la rédaction de l'article L. 382-2 relatif aux instances dirigeantes des organismes agréés sans modifier le droit applicable, à savoir un conseil d'administration composé de représentants des artistes, des diffuseurs et de l'État, et le renvoi des conditions de nomination des directeurs et agents comptables au pouvoir réglementaire.

Le **3°** crée un nouvel article L. 382-3-1 permettant aux artistes auteurs lorsque leurs revenus sont inférieurs à un montant fixé par voie réglementaire de « sur-cotiser » à partir d'une assiette forfaitaire afin de s'ouvrir des droits supplémentaires.

Cette disposition s'inscrit dans la perspective d'une suppression de la distinction entre affilié et assujetti, laquelle est de niveau réglementaire au regard des dispositions combinées des articles L. 382-14 et R. 382-1 du code de la sécurité sociale, à partir de laquelle tout affilié cotisera en fonction de ses revenus et s'ouvrira des droits afférents. Si le seuil était fixé à 900 SMIC, soit le seuil qui jusqu'ici déclenchait l'ouverture de droits, un artiste auteur qui se situerait en dessous de celui-ci pourrait ainsi s'ouvrir jusqu'à 4 trimestres de retraite ainsi que des droits aux prestations en espèce de l'assurance maladie.

DOCUMENT PROVISOIRE

b. La centralisation du recouvrement par une URSSAF

Le **3°** supprime le dernier alinéa de l'article L. 382-4 qui confiait aux intermédiaires des organismes agréés le recouvrement de la contribution assurant le financement des charges patronales pour ces affiliés, à savoir les sociétés assurant la diffusion et l'exploitation commerciale d'œuvres originales.

Le **4°** modifie l'article L. 382-5 relatif au versement des cotisations et contributions par les artistes auteurs. L'article 20 de la LFSS pour 2015 avait prévu à terme (au plus tard le 1er janvier 2019) un précompte par les personnes assurant la diffusion et l'exploitation des œuvres lorsque ce sont elles qui rémunèrent les artistes. Ce principe n'est pas remis en cause par cet article qui modifie la version issue de la LFSS 2015 (1).

Le **a) du 4°** confie à une URSSAF désignée par le directeur de l'ACOSS le recouvrement des cotisations versées par les artistes auteurs, mettant fin aux missions jusqu'ici assurées dans cette matière par les organismes agréés.

Le **b) du 4°** fait de même s'agissant des cotisations salariales perçues au titre de rémunérations versées directement par les entreprises assurant la diffusion et l'exploitation commerciale d'œuvres originales.

Le **c) du 4°** confie à l'URSSAF désignée par le directeur de l'ACOSS le recouvrement de la contribution perçue sur les entreprises assurant la diffusion et l'exploitation commerciale d'œuvres originales ainsi que les contributions versées au titre de la formation professionnelle versées par les artistes auteurs et les entreprises assurant la diffusion et l'exploitation commerciale d'œuvres originales.

c. Les conséquences rédactionnelles

Le **5°** réécrit l'article L. 382-6 relatif aux cotisations minimales d'assurance vieillesse sur une base forfaitaire lequel n'avait jamais été mis en œuvre en l'absence d'arrêté d'application, et n'avait plus d'intérêt au regard de la suppression future de la distinction entre affiliés et assujettis.

Ces dispositions sont ainsi remplacées par de nouvelles qui prévoient :

– au premier alinéa, une distinction entre les artistes auteurs qui ont la faculté d'effectuer leurs déclarations et le versement de manière dématérialisée et les diffuseurs et exploitants pour lesquels il s'agit d'une obligation, sous peine des majorations (2) ;

– au second alinéa, l'obligation pour les entreprises assurant la diffusion et l'exploitation commerciale d'œuvres originales de fournir à l'URSSAF chargée par le directeur de l'ACOSS d'opérer les opérations de recouvrement prévues dans

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

(2) Majorations fixées par voie réglementaire dans la limite de 0,2 % (art. L. 133-5-5)

DOCUMENT PROVISOIRE

le présent article les numéros d'inscription au répertoire national d'identification, afin de fiabiliser les données.

Le **6°** supprime le second alinéa de l'article L. 382-9 qui prévoyait une catégorie d'affiliés dérogatoires pouvant bénéficier des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, bien que leurs revenus soient inférieurs au seuil d'affiliation [(1)]. Cette dérogation sera en effet sans objet dès lors que la distinction entre affiliés et assujettis sera supprimée.

Les **a) du 7°** tire la conséquence de la suppression à venir de la notion d' « assujettis » à l'article L. 382-14 portant dispositions diverses d'application ;

Le **b) du 7°** ainsi que le **II** tirent les conséquences rédactionnelles de la centralisation des opérations de recouvrement auprès d'une URSSAF désignée par le directeur de l'ACOSS, remplaçant ainsi les organismes agréés dans ses fonctions au même article ainsi qu'à l'article L. 6331-67 du code du travail relatif à la formation continue des artistes auteurs.

d. Le transfert des personnels des organismes agréés vers l'URSSAF

Le **III** prévoit le transfert des contrats de travail des personnels des organismes agréés chargés du recouvrement vers l'URSSAF précitée.

Contactés sur cette question, les services de la direction de la sécurité sociale ont précisé au rapporteur général que ce plan se fera sur une base volontaire, les employés de l'AGESSA-MDA pouvant conserver leur poste sous réserve d'un plan de formation.

e. Une entrée en vigueur différée

Le **IV** prévoit plusieurs échéances pour l'entrée en vigueur des dispositions du présent article :

– les dispositions relatives à la dématérialisation des déclarations et paiement des cotisations et contributions entrent en vigueur le 1er janvier 2018 ;

– les dispositions relatives à l'obligation de transmettre le numéro permettant d'identifier l'artiste auteur entrent en vigueur en même temps que les dispositions de l'article 20 du PLFSS 2015 relatives au précompte ;

– le pouvoir réglementaire fixera la date à laquelle les autres dispositions entreront en vigueur, au plus tard le 1er janvier 2019.

Le rapporteur général souscrit à l'avancée que constitue cet article tant pour le financement de la sécurité sociale que pour les droits sociaux des artistes auteurs.

---

(1) Ce mécanisme reposait sur le principe que les commissions professionnelles pouvaient considérés qu'en dépit de faibles revenus, l'artiste auteur concerné devait être traité comme un professionnel pouvant être affilié au régime.

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 17

Centralisation de la passation des marchés de services bancaires du régime général

Cet article confie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) une nouvelle fonction, celle de centrale d'achat pour les prestations de services bancaires auxquelles ont recours les organismes du régime général de sécurité sociale. La centralisation de ces marchés publics, aujourd'hui conclus de manière dispersée dans les réseaux, a pour objet de les rendre plus attractifs pour les établissements bancaires et, partant, de sécuriser la trésorerie du régime général, en évitant que certains marchés soient déclarés infructueux, ou encore que certaines caisses ou branches aient à traiter avec une banque en situation de monopole.

I. LE DROIT EXISTANT

L'activité des organismes de sécurité sociale implique des flux financiers réguliers, soit pour le paiement des prestations (indemnités journalières en cas de maladie, pensions de retraite, allocations familiales, etc.), soit pour le recouvrement des cotisations et autres créances (par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales – URSSAF).

Ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au présent article, chaque organisme du régime général est lié à un ou plusieurs partenaires bancaires pour la gestion de ces flux. Ces partenaires sont choisis après mise en concurrence, selon les règles de la commande publique. La dispersion du processus de mise en concurrence, organisme par organisme, peut rendre délicate la sélection des candidats, pour deux raisons qui peuvent se combiner : d'une part, du fait de la diversité des prestations demandées par chaque organisme ; d'autre part, du fait de la potentielle étroitesse géographique du marché, lorsqu'il est passé au niveau local et non national.

En conséquence, ces marchés peuvent apparaître peu attractifs pour les établissements bancaires ; la mise en concurrence peut alors s'avérer infructueuse, ou bien peuvent se créer des situations de monopole, ce qui selon l'étude d'impact « *pose des problèmes de dépendance et de risque opérationnel qui ne sont pas acceptables* ». En outre, cette dispersion ne permet pas de disposer d'une vision synthétique des risques, notamment des incidents de paiement préjudiciables aux assurés.

II. LE DROIT PROPOSÉ

● Afin de corriger les défauts du système actuel de marchés publics de services bancaires, il est prévu d'élargir les compétences de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en lui confiant la possibilité d'exercer un

DOCUMENT PROVISOIRE

rôle de centrale d'achat, pour le compte des caisses nationales du régime général et de leurs organismes locaux.

La liste des missions de l'ACOSS, organisme central du réseau de recouvrement constitué par les URSSAF, est définie à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, que le **2°** du présent article complète par un 8°, précisant que cette nouvelle mission s'exerce « *au titre de la sécurisation de la trésorerie du régime général* ».

La notion de centrale d'achat est définie par renvoi à l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, qui régit désormais le droit desdits marchés, en lieu et place de l'ancien code des marchés publics. La centrale d'achat y est définie comme un acheteur, soumis au droit des marchés publics, « *qui a pour objet d'exercer des activités d'achat centralisées* », au rang desquelles figure la passation des marchés publics de services destinés à des acheteurs. L'acheteur ayant recours à une centrale d'achat au sens de cet article 26 est logiquement réputé avoir respecté ses obligations de publicité et de mise en concurrence. L'acheteur peut confier à la centrale, sans formalisme, des activités d'achat dites « *auxiliaires* », consistant à fournir une assistance à la passation de marchés publics (prestations de conseils, notamment).

L'ACOSS pourra donc non seulement conclure les marchés pour le compte des organismes du régime général, mais également, pour reprendre les termes de l'étude d'impact, « *centraliser le pilotage de la stratégie "marchés des services bancaires" au niveau national, en évitant toute dispersion au sein de chaque branche* ». La même source précise que la conclusion des marchés sera confiée à une cellule *ad hoc* au sein de l'ACOSS, les organismes demeurant responsables de l'exécution des marchés.

● Pour tirer les conséquences de cette nouvelle compétence confiée à l'ACOSS, le **1°** modifie l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, définissant les missions de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), qui « *assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général* », et peut exercer à ce titre une fonction de centrale d'achat. Pour éviter toute ambiguïté et confier à la seule ACOSS le rôle de centrale d'achat en matière de marchés de services bancaires, il est précisé que la compétence générale de l'UCANSS s'exerce sous réserve de celle, nouvellement créée, de l'ACOSS.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18
Transferts entre branches et régimes de la sécurité sociale

Cet article a pour objet principal de tirer les conséquences de la « bascule » opérée par l'article 7, qui supprime les cotisations salariales maladie et chômage et augmente en compensation les taux de contribution sociale généralisée (CSG) de 1,7 point.

L'augmentation de la CSG produit un rendement de 22,4 milliards d'euros.

La suppression de la cotisation maladie produit une perte de 4,8 milliards et celle de la cotisation chômage une perte de 9,4 milliards en 2018. Année au titre de laquelle c'est la sécurité sociale, et plus spécifiquement l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui compensera à l'euro près la perte de la cotisation chômage à l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC). La bascule coûtera 2,5 milliards d'euros de plus, essentiellement au titre du renforcement des allègements de cotisation famille et maladie des indépendants, non assujettis à la cotisation chômage mais auxquels le Gouvernement entend néanmoins redonner du pouvoir d'achat.

Au total, la bascule génère donc un surplus de recettes spontané de 5,9 milliards d'euros (après des arrondis significatifs).

Ce surplus est amputé de 1,6 milliard d'euros par plusieurs éléments :

– la disparition de recettes non pérennes perçues uniquement en 2017 (1,3 milliard) ;

– le transfert de dépenses de l'État vers la sécurité sociale (300 millions).

Les 4,3 milliards de surplus net sont restitués à l'État, afin notamment de permettre de compenser aux fonctionnaires, non assujettis aux cotisations supprimées, l'augmentation de CSG.

Cette restitution empruntera deux canaux :

– la réduction de la quotité de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale (1,7 milliard) ;

– l'affectation à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital, actuellement affecté au Fonds de solidarité vieillesse (2,6 milliards).

Le FSV, qui percevra 2,1 milliards de CSG en plus, sera donc perdant net en 2018, à hauteur de 500 millions d'euros.

Ces mouvements ont toutes choses égales par ailleurs pour effet de « surcompenser » la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à hauteur de 1,7 milliard d'euros et de « sous-compenser » la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) à la même hauteur, la CNAM étant la principale bénéficiaire de l'augmentation de la CSG.

DOCUMENT PROVISOIRE

Cette différence de 1,7 milliard d'euros est partiellement compensée, à hauteur de 1,4 milliard d'euros, par une nouvelle répartition du produit de la taxe sur les salaires. La CNAM conservera le produit du « verdissement » de la taxe sur les véhicules de société, auquel procède l'article 12 (100 millions d'euros), et la CNAF, en meilleure santé financière que la CNAM, supportera à hauteur de 200 millions d'euros le défaut de compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), créé par la loi de finances rectificative pour 2016.

Cet article contient par ailleurs deux mesures ayant un effet direct sur l'équilibre des comptes tel qu'il vient d'être brièvement décrit :

– un toilettage des règles relatives aux frais d'assiette et de recouvrement (FAR), qui coûtera 150 millions d'euros à la sécurité sociale en 2018. En l'état du droit, la base juridique des FAR est obsolète, et ils sont appliqués diversement selon l'administration de l'État qui recouvre les impôts affectés à la sécurité sociale, ou selon l'affectataire de la ressource. Cette disparité ne répond à aucune logique, et l'objectif du Gouvernement est de fixer un taux de FAR de 0,5 % sur tous les impôts recouvrés par l'État pour le compte de la sécurité sociale ;

– la mention expresse dans la loi que quatre dispositifs d'allègements de prélèvements sociaux ne sont pas compensés à la sécurité sociale, par dérogation au principe général de compensation posé par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (CITS, exonération de taxe sur les salaires des impatriés par la loi de finances pour 2017, suppression de la dernière tranche de taxe sur les salaires par l'article 44 du projet de loi de finances pour 2018, doublement des seuils d'éligibilité aux régimes micro-fiscal et micro-social par l'article 10 du même PLF).

Cet article procède ensuite à une série de modifications d'organismes particuliers, sans effets autres qu'internes à la sécurité sociale.

Premièrement, il modifie les modalités de financement du Fonds CMU, qui prend en charge la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) en remboursant les organismes de sécurité sociale :

– révision des modalités d'indexation du forfait servant de base au remboursement, car ce forfait tend à être supérieur aux frais réellement engagés ;

– ajustement au plus près des besoins de la taxe de solidarité additionnelle affectée au Fonds, afin que le surplus alimente la CNAM ;

– prélèvement de 150 millions d'euros sur les réserves du Fonds en 2018, au profit de la CNAM encore.

Deuxièmement, il réorganise l'affectation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, afin de mieux répondre à ses besoins de financement prioritaires et d'éviter des prélèvements sur ses réserves.

Troisièmement, il isole le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dans le régime spécial de sécurité sociale des marins, de sorte qu'il ne soit plus confondu avec le risque maladie, et qu'il soit pris en charge par la branche AT-MP du régime général (auquel le régime des marins est intégré), et non plus par la CNAM.

DOCUMENT PROVISOIRE

Quatrièmement, il affecte au régime complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles le produit de la taxe sur les farines alimentaires, aujourd'hui affecté à la branche vieillesse du régime de base des non-salariés agricoles, afin de financer le déficit de trésorerie du RCO.

La diversité des organismes concernés par cet article, la multiplicité des recettes dont le régime est modifié, la complexité des flux financiers retracés, interdisent bien évidemment d'entrer dans le détail et l'historique de chaque mesure. Ce commentaire essaie néanmoins, autant que possible, de présenter les conséquences financières des dispositions de l'article.

Sa première partie présente ce qui constitue chaque année le cœur de cet article récurrent de transferts, à savoir les évolutions spontanées des recettes de la sécurité sociale du fait des mesures contenues dans ce projet de loi mais également dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2018. Il résulte de ces mesures d'importants mouvements financiers entre la sécurité sociale et l'État, qui appellent à leur tour des mécanismes de compensation internes à la sécurité sociale.

Après cet aperçu financier aussi complet que les délais d'examen du texte le permettent, le commentaire détaille les dispositions juridiques de l'article, classées en trois blocs par souci de clarté : mesures liées à l'équilibre financier d'ensemble, mesures plus spécifiques relatives à des organismes identifiés, et enfin mesures de pur toilettage.

I. L'ÉVOLUTION SPONTANÉE DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2018 APPELLE UN REVERSEMENT À L'ÉTAT ET DES TRANSFERTS INTERNES À LA SPHÈRE SOCIALE.

A. L'ÉVOLUTION SPONTANÉE DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DÉGAGERA UN SURPLUS DE 4,3 MILLIARDS D'EUROS EN 2017.

1. La « bascule » cotisations sociales/CSG dégagera un surplus spontané de 5,9 milliards d'euros.

L'augmentation de 1,7 point des taux de contribution sociale généralisée (CSG), prévue par l'article 7 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) [(1)], accroîtra de 22,4 milliards d'euros les recettes de la sécurité sociale en 2018.

Le même article supprime la cotisation maladie des salariés, soit un coût pour la sécurité sociale de 4,8 milliards d'euros.

(1) Cf. supra *le commentaire de cet article.*

DOCUMENT PROVISOIRE

Il supprime par ailleurs la cotisation chômage des salariés, en deux temps (1,45 point en janvier 2018, et le solde de 0,95 point en octobre 2018). Le coût en année pleine sera de 13,1 milliards d'euros ; en 2018, il sera de 9,4 milliards. L'article 7 prévoit que la perte de recettes pour l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC), affectataire de la cotisation chômage, sera intégralement compensée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2018 ; cette perte devient ainsi, par détermination de la loi, celle de la sécurité sociale.

L'article 7 prévoit, en faveur des indépendants qui ne sont pas assujettis à la cotisation chômage, deux mesures de réduction des taux des cotisations famille (pour compenser strictement l'augmentation de CSG auprès de tous les indépendants) et maladie (procurant un gain net de pouvoir d'achat aux 75 % d'indépendants les plus modestes). Le coût de ces mesures est estimé à 1,9 milliard d'euros.

L'étude d'impact annexée au présent article mentionne en outre les mesures de compensation à mettre en œuvre dans la fonction publique, à hauteur de 0,6 milliard d'euros [(1)].

Au total, la « bascule » opérée par l'article 7 produit un gain spontané de 5,9 milliards d'euros (après arrondi) pour la sécurité sociale.

SURPLUS SPONTANÉ DE RECETTES GÉNÉRÉ AU PROFIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR LA « BASCULE » COTISATIONS/CSG

(en milliards d'euros)

Mesure	Impact financier pour la sécurité sociale
Augmentation de 1,7 point des taux de CSG	+ 22,4
Suppression de la cotisation salariale maladie	– 4,8
Compensation par l'ACOSS à l'UNÉDIC de la suppression en deux temps de la cotisation salariale chômage (en 2018)	– 9,4
Réduction des cotisations famille et maladie des indépendants	– 1,9
Mesures de compensation fonction publique	– 0,6
Total	+ 5,9*

* Après arrondi, pour aboutir au montant indiqué dans l'étude d'impact

Source : Commission des affaires sociales, d'après l'étude d'impact.

2. Mais la sécurité sociale aura en 2018 des besoins de financement nouveaux par rapport à 2017.

a. La disparition de recettes non pérennes perçues en 2017

Plusieurs recettes non pérennes (« *one shot* »), perçues en 2017, ne le seront plus en 2018.

(1) Les fonctionnaires subiront l'augmentation de CSG mais ne sont pas assujettis aux cotisations supprimées ; pour plus de détails, cf. supra *le commentaire de l'article 7.*

DOCUMENT PROVISOIRE

● L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a transféré au régime général les réserves de la section III du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), supprimée par le même article.

Cette section retraçait les versements aux différents régimes des sommes mises en réserve par le FSV, pour compenser le maintien à 65 ans du départ à la retraite pour les parents de trois enfants ou les parents d'enfants handicapés, à la suite de la réforme des retraites de 2010 (1). Le législateur de l'année passée a considéré que les dépenses en question pourraient être prises en charge par la branche vieillesse du régime général ; les réserves ont été affectées au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique, créé par l'article 95 de la LFSS.

Le montant de cette recette est évalué ici à 719 millions d'euros.

● L'article 19 de la LFSS 2017 a créé un trimestre exceptionnel de taxe sur les véhicules de société (TVS) en 2017 (160 millions d'euros).

Avant 2017, la TVS était due sur une période de douze mois courant du 1er octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1. Pour ramener cette période d'imposition dans le droit communément applicable aux impôts commerciaux, l'article 19 de la LFSS 2017 a prévu une période d'imposition du 1er janvier au 31 décembre, à compter de 2018. Sans autre mesure, aucune TVS n'aurait été due pour les mois d'octobre à décembre 2017, sans perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale toutefois, puisque la TVS acquittée en 2017 l'aurait été sur douze mois (octobre 2016 à septembre 2017) et il en serait allé de même en 2018 (de janvier à décembre).

Sans doute saisi par l'horreur du vide fiscal, le Gouvernement d'alors a donc proposé l'instauration d'une « mini-TVS » sur le trimestre « blanc » de 2017, selon un régime en tous points identique à celui de la TVS. Cette recette n'avait pas vocation à produire de rendement au-delà de 2017.

● L'article 112 de la loi de finances rectificative pour 2016 (2) a créé la contribution supplémentaire à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C4S).

Conçue comme un acompte sur la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) de l'année N+1, la C4S n'aurait plus produit en 2018 les 400 millions d'euros de recettes attendus en 2017. Sa suppression par l'article 4 du présent PLFSS est donc neutre à cet égard (3).

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

(2) Loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016.

(3) Cf. supra *le commentaire de cet article.*

b. La sécurité sociale supportera en 2018 des dépenses jusqu'alors assumées par l'État.

Les transferts en question sont, sauf exception, prévus ou retracés à l'article 26 du PLF 2018 [(1)] :

– suppression de la subvention de l'État à l'Agence de biomédecine (14 millions d'euros) ;

– suppression de la participation de l'État aux frais de santé des personnes écrouées (136 millions d'euros) ;

– suppression du financement par l'État de l'École des hautes études en santé publique (9 millions d'euros) ;

– suppression du financement par l'État de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), dont les missions sont transférées à la Haute Autorité de santé par l'article 51 du PLFSS (1 million d'euros) ;

– recentralisation de politiques sanitaires jusqu'alors exercées par les départements, et financées à l'avenir par le Fonds d'intervention régional (FIR), donc l'assurance maladie (2,2 millions d'euros) ;

– la réforme du régime de frais d'assiette et de recouvrement (FAR) par l'État des impositions de toute nature affectées à la sécurité sociale, prévue par le présent article (cf. *infra*) aura pour effet d'alourdir les charges de la sécurité sociale de 150 millions d'euros, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un transfert.

*

Le montant total des nouveaux besoins spontanés de financement de la sécurité sociale atteint près de 1,6 milliard d'euros en 2018.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) On se reportera utilement au commentaire de cet article par notre collègue Joël Giraud, rapporteur général de la Commission des finances : rapport n° 273, tome II, 12 octobre 2017, pages 734 à 748 (http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r0273-tII.pdf)

NOUVEAUX BESOINS SPONTANÉS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2018

(en millions d'euros)

Mesure	Impact financier pour la sécurité sociale
Disparition de recettes « *one shot* » perçues en 2017	1 279
Dont transfert des réserves de l'ancienne section III du FSV	*719*
Dont « mini-TVS » du dernier trimestre 2017	*160*
Dont produit de la C4S	*400*
Suppression de la subvention de l'État à l'Agence de biomédecine	14
Suppression de la participation de l'État aux frais de santé des personnes écrouées	136
Suppression du financement par l'État de l'École des hautes études en santé publique	9
Suppression du financement par l'État de l'ANESM	1
Recentralisation dans le FIR de politiques sanitaires jusqu'alors exercées par les départements	2,2
Réforme du régime des FAR	150
Total	**1 591,2**

Source : Commission des affaires sociales, d'après l'étude d'impact.

3. À l'inverse, d'autres dépenses assurées aujourd'hui par la sécurité sociale le seront à l'avenir par l'État.

Le montant de ces dépenses est faible, à hauteur de 4,7 millions d'euros :

– financement par l'État de contrats à durée déterminée (CDD) mis à disposition de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), actuellement pris en charge par l'assurance maladie (0,2 million d'euros) ;

– subvention pour charge de service public versée aux agences régionales de santé (ARS) au titre de l'emploi de conseillers techniques et pédagogiques en soins infirmiers (2,6 millions d'euros) ;

– financement de 80 postes supplémentaires de chefs de clinique universitaire en médecine générale – CCU-MG– (1,9 million d'euros).

DÉPENSES TRANSFÉRÉES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À L'ÉTAT EN 2018

(en millions d'euros)

Mesure	Impact financier pour la sécurité sociale
Financement par l'État de CDD mis à disposition de la DGOS	0,2
Subvention pour charge de service public versée aux ARS au titre de l'emploi de conseillers techniques et pédagogiques en soins infirmiers	2,6
Financement de 80 postes supplémentaires de CCU-MG	1,9
Total	**4,7**

Source : Commission des affaires sociales, d'après l'étude d'impact.

*

DOCUMENT PROVISOIRE

Au total, après prise en compte de la bascule cotisations/CSG, des nouvelles charges transférées par l'État et des nouvelles charges transférées à l'État, le « surplus spontané net » de recettes pour la sécurité sociale s'élèverait à plus de 4,3 milliards d'euros en 2018.

SURPLUS SPONTANÉ NET DE RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2018

Nature du mouvement financier	Impact financier pour la sécurité sociale
Surplus spontané de recettes généré au profit de la sécurité sociale par la bascule cotisations/CSG	+ 5 900
Nouveaux besoins spontanés de financement	– 1 591,2
Dépenses transférées de la sécurité sociale à l'État	+ 4,7
Total	**4 313,5**

Source : Commission des affaires sociales, d'après l'étude d'impact.

B. LE SURPLUS DE 4,3 MILLIARDS SERA RESTITUÉ À L'ÉTAT.

● Cette restitution empruntera deux canaux :

– la réduction, par l'article 26 du PLF, de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale, qui passera de 7,03 % à 5,99 % (– 1 732 millions d'euros), soit :

- 0,35 % à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), contre 7,03 % aujourd'hui (perte de 11 125 millions d'euros) ;
- 5,64 % à l'ACOSS, pour lui permettre de compenser à l'UNÉDIC, en 2018, la suppression de la cotisation salariale chômage (surplus de 9 392 millions) ;

– l'affectation par le présent article à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital, affecté en l'état du droit au FSV (– 2 567 millions d'euros).

MODALITÉS DE RESTITUTION À L'ÉTAT DU SURPLUS SPONTANÉ NET DE RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2018

(en millions d'euros)

Mesure	Impact financier pour l'État
Réduction de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale	+ 1 732
Affectation à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital	+ 2 576
Total	**+ 4 299**

● L'étude d'impact indique que les sommes ainsi restituées serviront notamment à financer la compensation, par l'État, de l'augmentation de la CSG pour les agents publics, qui ne sont pas ou partiellement soumis aux cotisations supprimées (cf. *supra* le commentaire de l'article 7).

DOCUMENT PROVISOIRE

C. CES MOUVEMENTS APPELLENT DES RÉAFFECTATIONS DE RECETTES INTERNES À LA SÉCURITÉ SOCIALE.

Sans réaffectations internes à la sécurité sociale, les mouvements qui viennent d'être décrits aboutiraient à ce que certaines branches ou organismes seraient « surcompensés » au détriment d'autres, « sous-compensés ».

● La CNAM serait, toutes choses égales par ailleurs, largement sur-compensée :

– elle perdra en 2018 1,1 milliard d'euros au titre de la part des recettes « *one shot* » de 2017 qui lui était affectée, soit le transfert des réserves de l'ancienne section III du FSV et le produit de la C4S ;

– elle gagnera nettement à la bascule CSG/cotisations (+ 14,4 milliards) [(1)] :

- l'essentiel du surplus de CSG résultant de l'augmentation des taux de 1,7 point lui sera affecté (20,5 milliards) ;
- elle supportera la suppression de la cotisation maladie des salariés (4,8 milliards), la réduction de la cotisation maladie des indépendants (700 millions) et les conséquences de la compensation de l'augmentation de CSG pour les populations non compensées mais qui ont vocation à l'être [(2)] (700 millions d'euros) ;

– elle supportera les conséquences de la réforme des FAR et du transfert des soins des écroués (soit 150 + 136 = 286 millions d'euros [(3)]) ;

– elle perdra 11,1 milliards de TVA [(4)].

Au total, la branche maladie du régime général gagnera donc 1,8 milliard d'euros.

● La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), elle, serait spontanément sous-compensée, à hauteur de 1,7 milliard d'euros :

– elle perdra 160 millions d'euros [(5)] du fait du caractère « *one shot* » de la « mini-TVS » en 2017 ;

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Après arrondi permettant d'obtenir le même montant que celui figurant dans le tableau d'équilibre financier (cf. infra*).*

(2) Chiffrées à 600 millions par l'étude d'impact mais à 700 millions dans le tableau d'équilibre financier, qui retrace dans l'annexe 9 l'ensemble des mouvements décrits ici : « Impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 sur les comptes et les besoins de trésorerie ».

(3) Arrondis à 300 millions afin d'obtenir le même montant que celui figurant dans le tableau d'équilibre financier.

(4) Arrondis à 11,2 milliards pour la même raison.

(5) Arrondis à 200 millions.

– la bascule CSG/cotisations, lui coûtera 1,53 milliard [1].

● L'asymétrie entre la CNAM et la CNAF sera partiellement compensée par la réaffectation du produit de taxe sur les salaires, 1 435 millions d'euros étant ainsi transférés de la CNAM vers la CNAF par le présent article. La compensation n'est pas totale car la modification des fractions de taxe sur les salaires affectées à l'une et l'autre des branches tient compte :

– d'une part, de la nécessité principielle de faire revenir à la CNAM le produit du « verdissement » de la TVS (112 millions d'euros) [2], s'agissant d'une mesure à finalité de santé publique. Au lieu d'affecter une partie du produit de la TVS à la branche maladie, le Gouvernement choisit de retenir un montant équivalent dans le calcul des clés de réaffectation de la taxe sur les salaires, ce qui produit comptablement le même résultat ;

– d'autre part, en faisant porter 200 millions d'euros à la CNAF, dont les comptes sont meilleurs que ceux de la CNAM, au titre du défaut de compensation du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (cf. *infra*).

*

Le tableau suivant retrace les principaux mouvements financiers internes aux administrations de sécurité sociale (ASSO) prévus pour 2018.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Arrondi. Coût essentiellement au titre de la réduction de cotisation famille des indépendants (1,6 milliard), et après prise en compte d'un « effet retour » dans les modalités de calcul du complément de mode de garde, qui aboutissent à ce qu'une partie des charges sociales soient assumées par la branche famille : le coût de cette prise en charge sera réduit du fait de la suppression des cotisations maladie et chômage (140 millions d'euros), mais augmenté du fait de la hausse de CSG (90 millions d'euros).

(2) Cf. supra *le commentaire de l'article 13.*

PRINCIPAUX MOUVEMENTS FINANCIERS INTERNES AUX ASSO EN 2018

*(en milliards d'euros)**

	Régime général					Tous régimes	FSV	ACOSS	CNSA	UNÉDIC	ASSO
	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches						
Disparition de recettes « *one shot* » perçues en 2017	**– 1,1**	**0,0**	**0,0**	**– 0,2**	**– 1,3**	**– 1,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 1,3**
Prélèvement sur les réserves de la section III du FSV	– 0,7				– 0,7	– 0,7					– 0,7
Extinction de la C4S	– 0,4				– 0,4	– 0,4					– 0,4
Extinction de la « mini-TVS »				– 0,2	– 0,2	– 0,2					– 0,2
Bascule cotisations/CSG	**14,4**	**0,0**	**0,0**	**– 1,53**	**12,8**	**12,8**	**2,1**	**– 9,4**	**0,0**	**0,0**	**5,5**
Hausse de la CSG sur les revenus d'activité	15,9			– 0,09	15,9	15,9					15,9
Hausse de la CSG sur les revenus de remplacement	4,5				4,5	4,5					4,5
Hausse de la CSG sur les revenus du capital					0,0	0,0	2,1				2,1
Hausse de la CSG sur les revenus des jeux	0,1				0,1	0,1					0,1
Suppression de la cotisation salariale maladie	– 4,8			0,04	– 4,7	– 4,7					– 4,7
Suppression en deux temps de la cotisation salariale chômage				0,1	0,1	0,1				– 9,422	– 9,3
Baisse de cotisations des travailleurs indépendants	– 0,7			– 1,6	– 2,3	– 2,3					– 2,3
Autres effets (compensations de la hausse de CSG pour les autres populations)	– 0,7			– 0,7	– 0,7	– 0,7					– 0,7
Prise en charge des cotisations d'assurance chômage par la sécurité sociale					0,0	0,0		– 9,4		– 9,4	0,0
Transferts de dépenses de l'État (compensés)	**– 0,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 0,3**	**– 0,3**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 0,3**
Harmonisation des FAR	– 0,1		0,0	0,0	– 0,1	– 0,1			0,0		– 0,1
Transfert du financement de la santé des détenus	– 0,1				– 0,1	– 0,1					– 0,1
Rétrocession à l'État du « surplus net » de la sécurité sociale	**– 11,2**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 11,2**	**– 11,2**	**– 2,6**	**9,4**	**0,0**	**0,0**	**– 4,3**
Rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital					0,0	0,0	– 2,6				– 2,6
Ajustement de la fraction de la TVA	– 11,2				– 11,2	– 11,2		9,4			– 1,8
Total	**1,8**	**0,0**	**0,0**	**– 1,7**	**0,1**	**0,1**	**– 0,5**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 0,4**

***** Les chiffres du tableau étant fournis en milliards d'euros, les sommes ne sont pas toujours justes, du fait des règles d'arrondi. .

Source : Commission des affaires sociales, sur la base du tableau d'équilibre financier.

DOCUMENT PROVISOIRE

II. DÉTAIL DES DISPOSITIFS JURIDIQUES

A. LES MESURES DIRECTEMENT LIÉES À L'ÉQUILIBRE FINANCIER D'ENSEMBLE

1. La modification des clés de répartition de la taxe sur les salaires

Le 1° l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale ventile le produit de la taxe sur les salaires [(1)] entre ses différents affectataires. Le ***a)*** du **1°** du **I** du présent article procède à une nouvelle répartition des quotités de taxe sur les salaires :

– la branche famille du régime général, qui en perçoit en l'état du droit 38,74 %, en percevra à l'avenir 48,87 % ;

– la branche maladie-maternité-invalidité-décès du régime général [(2)], qui en perçoit en l'état du droit 22,78 %, en percevra à l'avenir 12,65 %.

2. La suppression de l'affectation au FSV du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital

● Le **3°** du **I** et le **1°** du **IV** suppriment l'affectation au FSV du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital (assis au taux de 2 % sur les revenus de patrimoine et de placement) :

– en abrogeant le 3° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, qui affecte le prélèvement au FSV ;

– en prévoyant l'affectation à l'État au IV de l'article 1600-0-S du code général des impôts.

Le **VIII** précise que cette suppression s'applique aux faits générateurs intervenant à compter du 1er janvier 2018.

L'État bénéficiera donc d'un produit de 2 567 millions d'euros, affecté au FSV depuis 2016 seulement.

● Le FSV percevra 2,1 milliards du fait de l'augmentation de la CSG sur les revenus du capital. Au final, comme le montre l'extrait du tableau d'équilibre financier *supra*, le FSV sera donc perdant net d'environ 500 millions d'euros en 2018.

---

(1) Net des frais d'assiette et de recouvrement.

(2) Dénommée par commodité « branche maladie ».

DOCUMENT PROVISOIRE

3. Le toilettage des règles de perception des frais d'assiette et de recouvrement des contributions sociales par l'État

● L'État recouvre pour le compte de la sécurité sociale de nombreuses impositions de toute nature (taxe sur les salaires, taxe sur les véhicules de société, droits de consommation sur le tabac, entre autres). Ce recouvrement pour compte de tiers donne lieu à perception de frais d'assiette et de recouvrement, précomptés par l'État sur les sommes recouvrées, avant reversement aux organismes de sécurité sociale. L'étude d'impact indique que les FAR ont atteint 170 millions d'euros en 2016, sur un montant recouvré de 70 milliards d'euros environ (soit un taux effectif moyen de FAR de 0,24 %).

● En l'état du droit, l'article 1647 du code général des impôts dispose que « *l'État effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes* ». Cette rédaction est insatisfaisante à deux égards :

– les FAR pèsent non pas sur les cotisations, recouvrées par les organismes de sécurité sociale directement, mais bien sur des impôts ;

– le visa des organismes soumis au contrôle de la Cour des comptes n'est pas usuel, et laisse en toute rigueur de côté le FSV et la CADES.

La rédaction est donc corrigée sur ces deux points :

– les termes « *impositions, taxes et autres contributions* » sont substitués à celui de « *cotisations* » (***a)*** du **2°** du **IV**) ;

– le champ des organismes concernés est défini plus classiquement, par le ***b)*** du **2°** du **IV**, comme :

- les organismes de sécurité sociale ;
- les organismes concourant à leur financement (FSV) ;
- les organismes contribuant l'amortissement de leur dette (CADES) ;
- les organismes concourant à la mise en réserve de recettes à leur profit (Fonds de réserve des retraites) ;
- les organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

● L'étude d'impact mentionne une autre difficulté, tenant à la détermination par arrêté des taux de FAR, qui a produit des situations disparates et n'obéissant à aucune rationalité. Ainsi :

DOCUMENT PROVISOIRE

– les impositions recouvrées par la direction générale des finances publiques font l'objet de FAR, tandis que celles recouvrées par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI) en sont exemptes ;

– les contributions affectées à certains organismes sont frappées de FAR (FSV, CADES), tandis que celles affectées à d'autres organismes en sont exemptes (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Cette situation absurde peut aboutir, comme le relève l'étude d'impact, au fait que « *la seule modification de l'affectation des recettes, même à recette inchangée, peut avoir pour conséquence une hausse ou une baisse des FAR, sans aucun fondement logique* ».

La fixation des taux, et donc *in fine* l'assujettissement aux FAR, relève d'arrêtés du ministre chargé de l'économie et des finances. Le ***c)*** du **2°** du **IV** confie pour l'avenir ce pouvoir aux ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, dans un arrêté conjoint.

● La systématisation des FAR, qui relèvera donc du pouvoir réglementaire, devrait coûter environ 150 millions d'euros aux organismes de sécurité sociale, par application d'un taux uniforme de 0,5 % [(1)] à l'ensemble des organismes. L'impact sur les organismes sera différencié, et pèsera surtout sur la CNAM, affectataire des droits sur le tabac et l'alcool, aujourd'hui exemptés de FAR car recouvrés par la DGDDI. L'étude d'impact indique en conséquence que les effets de la systématisation des FAR devront être ultérieurement neutralisés, entre l'État et la sécurité sociale d'une part, au sein des organismes de sécurité sociale d'autre part.

4. La non-compensation de certaines mesures de réductions de cotisations et contributions sociales

● En application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, issu de la loi dite « Veil » du 25 juillet 1994 [(2)], les mesures de réduction ou d'exonération de cotisations sociales sont en principe compensées par l'État, sauf disposition législative contraire. Depuis 2004, ce principe de compensation est étendu aux contributions affectées aux organismes de sécurité sociale, ainsi qu'aux mesures de réduction ou d'abattement d'assiette des cotisations et contributions, au-delà donc des seules exonérations.

Il faut préciser que cela ne signifie pas systématiquement que les mesures faisant exception au principe posé par la loi Veil ne sont pas compensées sur le plan financier. Il s'agit simplement d'une précaution juridique indispensable : les allègements « de droit commun » doivent être compensés « à l'euro l'euro », en clair par l'affectation de crédits budgétaires ; dès lors que la compensation passe par l'affectation pérenne de recettes, et non par le versement d'un *quantum* précis

---

(1) Taux actuellement applicable, mais à une partie seulement des opérations de recouvrement, comme cela vient d'être expliqué.

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

DOCUMENT PROVISOIRE

(compensation dite « pour solde de tout compte »), elle sort mécaniquement d'une logique « à l'euro l'euro », et confère ainsi à l'allègement un caractère dérogatoire qui doit être expressément prévu.

● Le **VI** prévoit la non-compensation – réelle, en l'espèce – de quatre mesures, présentées succinctement dans l'encadré qui suit :

– au **1°**, la suppression de la dernière tranche de taxe sur les salaires prévue par l'article 44 du PLF 2018 ;

– au **2°**, le doublement des seuils d'éligibilité aux régimes « micro », fiscal comme social (article 10 du PLF) ;

– au **3°**, le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (article 231 A du code général des impôts, créé par l'article 88 de la loi de finances pour 2017) [(1)] ;

– au **4°**, l'exonération de taxe sur les salaires des impatriés (article 231 *bis* Q du code général des impôts, créé par l'article 71 de la loi de finances pour 2017.).

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016.

Mesures non compensées aux organismes de sécurité sociale

CITS

L'article 88 de la loi de finances pour 2017 a créé et codifié, à l'article 231 A du code général des impôts, un crédit de taxe sur les salaires.

Les organismes redevables de cette taxe et non assujettis à l'impôt sur les bénéfices, c'est-à-dire en pratique les organismes non lucratifs (associations, fondations, notamment) bénéficient d'un crédit d'impôt, assis au taux de 4 % sur les rémunérations versées à leurs salariés et qui n'excèdent pas 2,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC).

Le CITS a été instauré pour compenser le différentiel de concurrence induit, au détriment des organismes non lucratifs, par la création du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), au profit des employeurs redevables de l'impôt sur les bénéfices, et assis sur la même échelle de salaire, au taux de 7 % en l'état du droit.

Le coût du CITS est estimé à 600 millions d'euros pour les organismes de sécurité sociale, affectataires de la taxe sur les salaires.

L'article 43 du PLF 2018 prévoit la suppression du CICE pour les rémunérations versées à compter du 1er janvier 2019, du fait du renforcement des allègements de charges patronales prévues par l'article 8 de ce PLFSS (cf. commentaire *supra*).

Exonération de la taxe sur les salaires des impatriés

L'article 71 de la loi de finances pour 2017 a assoupli le régime fiscal, déjà dérogatoire du droit commun, applicable aux « impatriés », c'est-à-dire aux salariés et dirigeants appelés par une entreprise établie à l'étranger à occuper un emploi pendant une période limitée dans une entreprise établie en France, et qui n'ont pas été fiscalement domiciliés en France au cours des dix années précédant celle de leur prise de fonctions en France.

A notamment été introduit dans le code général des impôts un nouvel article 231 *bis* Q, qui exonère les employeurs de taxe sur les salaires s'agissant des primes d'impatriation, c'est-à-dire des revenus spécifiquement versés aux salariés au titre de leur installation ou réinstallation en France. Cette exonération s'applique pendant les huit premières années de la présence du salarié en France, soit la durée du régime dérogatoire de l'impatriation.

Cette mesure bénéficie prioritairement au secteur financier, assujetti à la taxe sur les salaires faute de l'être à la TVA.

Le coût de cette exonération, logiquement croissant sur les huit premières années, est estimé à 7 millions d'euros en 2017, 15 en 2018, pour atteindre finalement 68 millions en 2025.

Suppression de la dernière tranche de taxe sur les salaires

La taxe sur les salaires comporte un taux normal, fixé à 4,25 %, ainsi que des taux majorés qui frappent les rémunérations individuelles dépassant un certain seuil. Le barème de la taxe est retracé dans le tableau ci-après.

L'article 44 du PLF 2018 prévoit la suppression du dernier taux majoré, pour renforcer l'attractivité de la place financière de Paris.

Le coût de cette mesure pour les organismes de sécurité sociale est estimé à 140 millions d'euros par an.

DOCUMENT PROVISOIRE

BARÈME DE LA TAXE SUR LES SALAIRES
APPLICABLE AUX RÉMUNÉRATIONS VERSÉES EN 2017

Taux	Taux sur la fraction de rémunération	Taux global	Fraction de rémunération brute annuelle versée en 2017 (taxe payable en 2018)
Taux normal	4,25 %	4,25 %	Inférieure ou égale à 7 721 euros
Premier taux majoré	4,25 %	8,50 %	Comprise entre 7 721 et 15 417 euros
Deuxième taux majoré	9,35 %	13,60 %	Comprise entre 15 417 et 152 227 euros
Troisième taux majoré	15,75 %	20,00 %	Supérieure à 152 721 euros

Source : code général des impôts.

Doublement des seuils d'éligibilité aux régimes micro-fiscal et micro-social

Les travailleurs indépendants non agricoles dont le chiffre d'affaires ou les recettes n'excèdent pas certaines limites peuvent de longue date bénéficier de modalités dérogatoires d'imposition des revenus tirés de leur activité, dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (régime dit « micro-BIC ») ou des bénéfices non-commerciaux (« micro-BNC »). Par exception au principe d'imposition des bénéfices réels, les régimes micro permettent une imposition forfaitaire, assise sur le chiffre d'affaires et non sur le résultat net ; permettant parfois d'alléger l'impôt dû, cette facilité est surtout administrative, rendant plus aisée la liquidation de l'impôt.

Prévu par l'article 50-0 du code général des impôts, le régime micro-BIC est ouvert aux exploitants individuels dont le chiffre d'affaires hors taxes de l'année précédente ne dépasse pas, dans la généralité des cas :

– 82 800 euros pour les entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place, ou de fournir le logement (entreprises dites de la première catégorie) ;

– 33 200 euros pour les autres entreprises de prestation de services (entreprises dites de la deuxième catégorie).

Le bénéfice imposable est alors calculé sur la base du chiffre d'affaires, après application d'un abattement représentatif des charges (71 % pour les entreprises de la première catégorie, 50 % pour les entreprises de la deuxième catégorie).

Le régime micro-BNC, prévu par l'article 102 *ter* du code général des impôts, permet aux exploitants individuels d'activités non commerciales de bénéficier, sous réserve que leurs recettes de l'année précédente n'excèdent pas 33 200 euros, d'une imposition forfaitaire desdites recettes, abattues de 34 %.

L'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale prévoit, pour les bénéficiaires du micro-BIC ou du micro-BNC, un régime dit « micro-social », qui permet définir un taux forfaitaire global pour l'essentiel des contributions et cotisations sociales. Il s'agit donc d'un régime dérogatoire du droit commun des travailleurs indépendants, régi par l'article L. 131-6-2 du même code, qui assoit ces contributions et cotisations sur les revenus d'activité de l'année précédente.

Le principal avantage du régime micro-social est d'ajuster les charges au chiffre d'affaires, jusqu'à exonérer les exploitants dont le chiffre d'affaires est nul.

L'article 10 du PLF 2018 procède à un doublement des seuils des régimes micro, portés respectivement à 170 000 et 70 000 euros.

Le coût global pour les finances publiques est essentiellement porté par les organismes de sécurité sociale (18 millions d'euros, contre 3 pour l'État).

Source : Commission des affaires sociales.

DOCUMENT PROVISOIRE

B. UNE SÉRIE DE MODIFICATIONS PROPRES À DES ORGANISMES PARTICULIERS

1. Les recettes et les dépenses du Fonds CMU

a. La révision des modalités d'indexation du forfait CMU-c

● La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a créé le Fonds CMU [(1)], établissement public administratif chargé de la prise en charge des dépenses de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide à la complémentaire santé (servie aux personnes dont les revenus sont légèrement supérieurs à ceux ouvrant droit à la CMU-c). Concrètement, cette prise en charge revient à rembourser les prestations aux organismes qui les servent.

S'agissant de la CMU-c, le *a)* de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le Fonds rembourse aux organismes d'assurance maladie et aux mutuelles les sommes correspondant à la prise en charge des dépenses de complémentaire santé [(2)]. Le remboursement est effectué sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire, dont le montant est fixé par décret, sauf si le coût moyen est inférieur au forfait, auquel cas le remboursement s'opère selon les frais réellement engagés. En l'état du droit, ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année en fonction de la prévision d'inflation retenue pour l'établissement du projet de loi de finances de l'année.

L'étude d'impact indique que le coût moyen par bénéficiaire de la CMU-c diminue tendanciellement depuis 2012, alors que le niveau du forfait augmente ; les deux courbes devraient se croiser en 2017, un peu au-dessus de 400 euros.

● Le ***a)*** du **4°** du **I** prévoit en conséquence d'indexer à l'avenir l'évolution du forfait sur celle du coût moyen des dépenses de complémentaire santé du dernier exercice, constatée par arrêté.

Seront perdants à la réforme les organismes dont le coût moyen se situe entre le niveau à venir du forfait (413 euros selon l'étude d'impact) et le niveau qui aurait résulté de l'application en 2018 des règles actuelles de revalorisation (420 euros) :

– les organismes dont le coût moyen est supérieur à 420 euros n'auraient de toute façon été remboursés qu'à hauteur du forfait en 2018 ;

– les organismes dont le coût moyen est inférieur à 413 euros auraient de toute façon été remboursés selon leurs frais réels ;

---

(1) Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, mentionné à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Telles que définies à l'article L. 861-3.

DOCUMENT PROVISOIRE

– en revanche, les organismes dont le coût moyen se situe entre 413 et 420 euros supporteront la fraction de coût excédant 413 euros, qui aurait été incluse dans le forfait à législation inchangée.

L'étude d'impact évalue ce coût à 1 million d'euros en 2018, 1,5 million en 2019 et 2 millions en 2020.

b. Les modalités de financement du Fonds

● La loi du 27 juillet 1999 a mis à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie une contribution assise sur le montant des primes ou cotisations hors taxes, contribution transformée en taxe de solidarité additionnelle (TSA) par la loi de finances pour 2011 [(1)].

La TSA frappe son assiette au taux de 13,27 % dans la généralité des cas (II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale), avec quelques exceptions ; pour les besoins de ce commentaire, il suffit de retenir que le taux est de 6,27 % pour les assurances de groupes, souscrites en général par un employeur pour le compte de ses salariés (1° du II *bis*) et pour les contrats couvrant les professions agricoles (2° du II *bis*).

En application du IV de l'article L. 862-4, le produit de la TSA est affecté :

– pour ce qui concerne les contrats du II et du 2° du II *bis*, au Fonds CMU, pour une part correspondant à 6,27 % (c'est-à-dire en totalité pour la taxe frappant les contrats mentionnés aux 1° et 2° du II *bis*) ;

– pour le solde, au Fonds CMU à hauteur de 20,18 % et à la branche maladie du régime général à hauteur de 79,2 %.

● Depuis l'entrée en vigueur de la LFSS 2017, la TSA est la seule recette fiscale du Fonds CMU, qui percevait antérieurement une fraction du droit de consommation sur les tabacs. Ce qui apparaissait l'année dernière comme une mesure utile de simplification, à savoir l'affectation de la seule TSA au Fonds, doit désormais être modifié : l'étude d'impact indique en effet que le produit de TSA dont bénéficie le Fonds est décorrelé de ses besoins, ce qui prive la CNAM – autre affectataire de la TSA – d'une ressource qui lui serait utile, et entraîne la constitution d'importantes réserves dans le Fonds CMU (passées de 129 millions d'euros en 2010 à 368 millions en 2017). Le Gouvernement souhaite donc ajuster aux besoins réels du Fonds CMU sa recette de TSA.

● Pour ce faire, le **5°** du **I** abroge le IV de l'article L. 862-4. Les nouvelles modalités d'affectation de la TSA seront désormais prévues au 8° de l'article L. 131-8, introduit par le ***c)*** du **1°** du **I** :

(1) Article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010.

DOCUMENT PROVISOIRE

– le produit de la TSA sera affecté au Fonds CMU à hauteur de l'écart entre ses charges et ses produits (de TSA, donc) ;

– le solde sera affecté à la branche maladie du régime général.

En conséquence, le ***b)*** du **4°** du **I** abroge le quatrième alinéa de l'article L. 862-2, qui prévoit que le remboursement du Fonds CMU à la CNAM est majoré du fait des dispositions de l'article L. 861-6, qui interdisent à l'assurance maladie de refuser la prise en charge des dépenses de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU. Par un jeu de vases communicants, cette disposition, de nature à assurer la juste compensation des dépenses prises en charge par la CNAM, n'est plus nécessaire dès lors que la TSA est affectée au Fonds CMU pour la stricte couverture de ses besoins.

● Par ailleurs, le **V** prévoit pour 2018 une ponction de 150 millions d'euros sur les recettes du Fonds CMU, au profit de la branche maladie du régime général. Ce prélèvement s'ajoute à celui opéré au titre de l'exercice 2017 par l'article 3 du PLFSS, du même montant. Sans ces prélèvements, les réserves du Fonds se seraient élevées à 368 millions d'euros en 2018 ; elles seront finalement de 68 millions, ce qui selon l'étude d'impact laisse au Fonds une marge de manœuvre suffisante pour couvrir ses variations de trésorerie.

2. La réaffectation du produit de la CASA entre les sections de la CNSA

● L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles organise en sections la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; pour les besoins de ce commentaire, il n'est pas nécessaire d'entrer dans le détail de cette organisation, présentée pour information dans le tableau ci-après.

La CNSA est affectataire d'une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), due par les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité non assujettis à la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) [(1)] et assise sur lesdites pensions au taux de 0,3 % :

– 70,5 % de ce produit sont affectés à la section II (*b)* du 1° du II de l'article L. 14-10-5) ;

– 28 % au moins sont affectés à la sous-section 1 de la section V (*a)* du V de l'article L. 14-10-5) [(2)].

(1) La CSA, affectée également à la CNSA, est en fait composée de deux contributions additionnelles au prélèvement social sur les revenus du capital (article L. 245-14 du code de la sécurité sociale), l'une assise sur les revenus du patrimoine et l'autre sur les produits de placement, au taux de 0,3 %.

(2) Le 1,5 point manquant est affecté à la section IV.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Selon l'étude d'impact, le produit de la CASA affecté à la CNSA (plus de 755 millions d'euros en 2017) doit permettre de financer des mesures issues de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [(1)].Or, les ressources issues de la CASA s'avèrent supérieures aux besoins ; l'excédent est estimé à 100 millions d'euros en 2018.

Parallèlement, les besoins de ressources de la section I – qui finance l'objectif global de dépenses, ou OGD, équivalent médico-social de l'ONDAM – augmentent : réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; amélioration de l'accueil et de la prise en charge de publics spécifiques, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [(2)]. Le financement de ces besoins passe, depuis plusieurs années, par des prélèvements sur les réserves de la CNSA, à hauteur de 230 millions d'euros en 2017.

● Afin de réduire le volume de ces prélèvements, il est prévu d'affecter à l'OGD les 100 millions d'euros de CASA excédentaires. Pour ce faire :

– le **1°** du **II** affecte aux sous-sections 1 et 2 de la section I de la CNSA 6,6 % du produit de la CASA (+ 13,2 points de CASA) [(3)] ;

– le **2°** du **II** ramène la fraction affectée à la section II de 70,5 à 61,4 % (– 9,1 points de CASA) ;

– le **3°** du **II** ramène la fraction minimale affectée à la sous-section 1 de la section V de 28 à 23,9 % (– 4,1 points de CASA).

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

(2) Pour plus d'informations, on se reportera utilement au rapport de notre ancien collègue Philip Cordery sur le volet médico-social du PLFSS 2017 : rapport n° 4151, tome III, XIVème législature, 19 octobre 2016 : http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rapports/r4151-tIII.pdf

(3) Soit environ 100 millions d'euros par application d'une règle de trois : si 98,5 % du produit de la CASA ≈ 755 millions d'euros, alors 13,2 % (6,6 % + 6,6 %) ≈ 100 millions.

ORGANISATION DE LA CNSA ET AFFECTATION DU PRODUIT DE LA CASA

Section	Sous-sections	Fraction du produit de CASA affectée en l'état du droit et à l'avenir
Section I – Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	Sous-section 1 – Établissements et services accueillant des personnes handicapées	0 % → 6,6 %
	Sous-section 2 – Établissements et services accueillant des personnes âgées	0 % → 6,6 %
Section II – Allocation personnalisée d'autonomie		70,5 % → 61,4 %
Section III – Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées		
Section IV – Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de services exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées		
Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	Sous-section 1 – Actions en faveur des personnes âgées	28 % → 23,9 %
	Sous-section 1 – Actions en faveur des personnes handicapées	
Section VI – Frais de gestion de la Caisse		

Source : Commission des affaires sociales.

3. L'identification de la branche AT-MP du régime de protection sociale des marins

● Institué par un décret-loi du 17 juin 1938, le régime spécial de protection sociale des marins est géré par l'Établissement national des invalides de la marine. Ce régime a ceci de spécifique que le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) n'est pas isolé dans une branche dédiée, mais intégré à la branche maladie.

Ce régime étant désormais financièrement intégré au régime général, comme la quasi-totalité des régimes spéciaux, c'est donc la CNAM qui équilibre sa branche AT-MP, alors qu'en bonne logique ce devrait être la branche AT-MP du régime général.

Cette spécificité est d'autant plus problématique que le secteur de la marine est particulièrement accidentogène ; le défaut d'identification du risque AT-MP n'incite donc pas les employeurs à développer des actions de prévention.

● Le **2°** du **I** rétablit en conséquence un nouvel article L. 134-6 dans le code de la sécurité sociale, au début de la section 3 (« Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies

DOCUMENT PROVISOIRE

professionnelles ») du chapitre IV (« Relations inter-régimes ») du titre III (« Dispositions communes relatives au financement ») du livre Ier (« Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base »).

Cet article prévoit que le solde des charges et produits du risque AT-MP du régime d'assurance des marins est retracé dans les comptes de la branche AT-MP du régime général, qui assure l'équilibre dudit solde.

4. L'affectation au RCO de la taxe sur les farines alimentaires

Le régime complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles, institué par l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime, est un régime de retraite complémentaire par répartition.

Un plan de revalorisation des petites retraites agricoles a été mis en œuvre entre 2014 et 2017. Son financement reposait notamment – à hauteur de 170 millions d'euros – sur une mesure de lutte contre l'optimisation sociale, prévue à l'article 9 de la LFSS 2014 (1), consistant à réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les revenus mobiliers versés aux membres de la famille de l'exploitant associés à la société agricole sans participer à l'exploitation. Cette mesure a produit un rendement très inférieur à celui attendu (51 millions d'euros en 2016) ; le RCO connaîtra de ce fait un déficit en 2018.

Afin d'abonder les recettes du RCO (2), le **2°** du **III** lui affecte le produit de la taxe sur les farines alimentaires (3), estimé à 64 millions d'euros en 2018.

En conséquence, le **1°** du **III** abroge le 6° *bis* de l'article L. 731-3 du code rural et de la pêche maritime, prévoyant l'affectation de la taxe sur les farines alimentaires à la branche vieillesse du régime de base des non-salariés agricoles. On notera, pour illustrer le caractère « épileptique » des modalités de financement de la sécurité sociale, que le 6° *bis* qu'il est proposé d'abroger avait été créé par la LFSS 2017 (4).

C. DES MESURES DE PUR TOILETTAGE

1. La suppression d'un « gage » dans une loi promulguée

Le **VII** supprime le dernier alinéa de l'article 20 de la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale est économique.

---

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

(2) Prévues à l'article L. 732-58 du code rural et de la pêche maritime.

(3) Dont le régime est fixé par l'article 1618 septies *du code général des impôts.*

(4) Article 34 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016.

DOCUMENT PROVISOIRE

Il s'agit de supprimer un « gage » figurant dans la loi promulguée. Rappelons que le gage a pour objet de rendre conforme à l'article 40 de la Constitution – qui proscrit la diminution des ressources publiques par les parlementaires – un amendement réduisant une recette ; en augmentant à due concurrence une autre recette au profit du même affectataire, le gage permet le dépôt de l'amendement et sa discussion. Il est d'usage que lorsqu'un amendement ainsi gagé est adopté, le Gouvernement, seul habilité à le faire, « lève » le gage, en sous-amendant oralement l'amendement parlementaire, afin d'en supprimer l'alinéa ou les alinéas de gage. Cet usage n'a en l'espèce pas été appliqué.

2. Une modification d'ordre rédactionnel

Régie par les articles 991 à 1004 du code général des impôts, la taxe sur les conventions d'assurance est perçue annuellement sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tous les accessoires dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré. L'article 1001 du code général des impôts détermine les taux de cette taxe, variables selon l'objet du contrat ; s'agissant des assurances de véhicules, deux taux coexistent : 15 % pour les véhicules utilitaires et les camions, 33 % pour les autres.

Le 4° de l'article L. 131-8 prévoit [(1)] l'affectation à la CNAF d'une fraction de la taxe « véhicules », correspondant à 13,3 % du taux (soit la quasi-totalité du produit de la taxe à 15 %, et plus du tiers du produit de la taxe à 33 %).

Le ***b)*** du **1°** du **I**, de portée rédactionnelle, substitue à la référence à la CNAF la référence à la branche famille du régime général, comme cela est d'usage.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Par renvoi au b) *de l'article 1001 du code général des impôts.*

Article 19

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5

Cet article porte approbation du montant des exonérations compensées pour 2018, fixé à 6 milliards d'euros.

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

c) du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 et 5° du III de l'article LO 111-4

« *C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :*

(…)

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. A cette fin :

(…)

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article LO 111-4 ; » (art. LO 111-3)

« *III.-Sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes* :

(…)

5° Enumérant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances. Ces mesures sont ventilées par nature, par branche et par régime ou organisme ; »

DOCUMENT PROVISOIRE

En application de ces dispositions organiques, cet article approuve le montant, figurant dans l'annexe 5 du projet de loi [1], de la compensation par l'État des pertes de recettes résultant, pour les organismes sociaux, des différents mécanismes d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette en matière de cotisations et contributions sociales, communément appelées « niches sociales ». Ce montant serait de 6,0 milliards d'euros en 2018.

L'encadrement des « niches sociales »

L'intérêt communément admis d'une meilleure appréhension de l'ensemble des mécanismes d'exonération de prélèvements sociaux, notamment pour l'information du Parlement et l'évaluation des politiques publiques concernées, a incité depuis plusieurs années à renforcer le caractère dérogatoire des « niches sociales ».

La création de l'annexe 5 du PLFSS par la loi organique de 2005 [2] a contribué à une meilleure connaissance des montants et des dispositifs concernés, de même que les travaux de la Cour des comptes ou du Haut conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPs).

Toutefois, la nécessité d'encadrer le recours aux dispositifs dérogatoires en matière de prélèvements sociaux s'est traduite essentiellement par des dispositions inscrites dans les lois de programmation des finances publiques :

– la LPFP 2012-2017 prévoyait ainsi une évaluation de l'ensemble des dispositifs par le comité d'évaluation des dépenses fiscales et sociales ;

– la LPFP 2014-2019 a inscrit pour la première fois le principe d'une limitation dans le temps des niches sociales pour une durée de trois ans assortie d'une évaluation systématique au terme de cette période [3].

L'article 18 du projet de LPFP 2017-2020 [4] apporte deux nouveautés par rapport aux dispositifs précédents :

– il prévoit à à nouveau un bornage dans le temps de trois ans au plus qui doit être fixé par le texte lui-même ;

– il crée un mécanisme de plafonnement global des exonérations non compensées qui ne peuvent dépasser 14% des cotisations et contributions affectés aux régimes obligatoires [5].

Toutefois, en raison de la valeur législative des lois de programmation, la disposition ne crée aucune obligation, ni pour le législateur financier ni pour le législateur ordinaire

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale dispose que toute mesure de réduction ou d'exonération des cotisations sociales instituée à partir de 1994 donne lieu à compensation intégrale, par l'État, de la perte de recettes pour les

(1) Elle-même prévue par le 5° du III de l'article L.O. 111-4 : « Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leur compensation » (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_5-2.pdf).

(2) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

(3) Cette évaluation est conduite conjointement par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF).

(4) http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl0234.asp

(5) En 2018, ce ratio sera inférieur à 10%.

DOCUMENT PROVISOIRE

organismes de sécurité sociale. Conformément au premier alinéa de l'article L. 131-7 précité, cette compensation se fait essentiellement par crédits budgétaires, mais peut également se faire par affectation de recettes fiscales.

Il est possible de déroger au principe de compensation, mais exclusivement en loi de financement de la sécurité sociale, en application du IV de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. De ce fait, il existe deux types d'exonérations non compensées : les mesures antérieures à 1994, d'une part, et les mesures assorties d'une disposition expresse de non compensation, d'autre part.

Si ce commentaire a pour objet essentiel de présenter les principales exonérations compensées et les mouvements qui les affectent, il présentera également les exonérations non compensées et de la vue d'ensemble des « niches sociales » qu'offre l'annexe 5.

1. Les exonérations compensées

En 2018, les exonérations compensées devraient atteindre 6 milliards d'euros, soit la somme des crédits budgétaires de compensation à la sécurité sociale inscrits dans les programmes concernés du budget de l'État. Cette somme sera en recul de 6 % par rapport à 2017, notamment en raison d'une diminution des mesures ciblées sur certains secteurs économiques, elle-même liée à la réforme du financement de la sécurité sociale qui résulte des articles 7 et 8 du projet de loi [(1)].

● Les exonérations ciblées, sur certains publics, certains secteurs économiques ou certaines aires géographiques, font en principe l'objet d'une compensation budgétaire.

● Les autres exonérations d'ordre plus général compensées par crédits budgétaires sont essentiellement les allègements généraux (33,6 milliards d'euros), en forte hausse par rapport à 2017 (+ 9 %) en raison de mesures nouvelles d'exonérations en faveur des travailleurs indépendants et des mesures de pouvoir d'achat en faveur des actifs issues de l'article 7 du projet de loi (14,2 milliards d'euros) [(2)].

2. Les exonérations non compensées

a. Les exonérations ciblées non compensées

Le montant total des exonérations non compensées est estimé à 1,4 milliards d'euros en 2017 et 0,94 milliards d'euros en 2018, en raison notamment de la diminution des mesures dits de contrats aidés. Il est ainsi en forte diminution en 2018 (– 34 %) notamment en raison d'une diminution des contrats

(1) Notamment de la suppression de la baisse de cotisation maladie des exploitants agricoles.

(2) Ces mesures sont évidemment compensées par une hausse de la CSG et la suppression du CICE.

DOCUMENT PROVISOIRE

d'accompagnements dans l'emploi et contrats uniques (notamment les emplois d'avenir) (– 43 %) et des contrats de sécurisation professionnelle (– 18 %).

b. Les allégements généraux sur les bas salaires

Entre 2007 et 2010, les deux allégements à portée générale – la réduction de cotisations dite « Fillon » sur les bas salaires et l'exonération des heures supplémentaires – ont été compensés par le biais de « paniers » de recettes affectés aux régimes et organismes touchés par ces pertes de recettes.

À partir de 2011, le principe du panier a été abandonné pour l'allégement général. Autrement dit, la sécurité sociale a conservé à titre permanent les recettes de l'ancien « panier » fiscal, tandis que l'exonération n'est plus compensée.

Ces allègements généraux ont été renforcés par l'article 33 de la LFSS 2015 (7,6 milliards en 2018), qui a également créé une exonération de cotisations d'allocations familiales au bénéfice des travailleurs indépendants (0,9 milliard en 2017) dans le cadre du Pacte de responsabilité.

Les articles 7 et 18 du projet de loi de financement de la sécurité sociale renforcent ces allègements généraux notamment pour les travailleurs indépendants pour atteindre un total de 33,6 milliards d'euros, en hausse de 9 % par rapport à 2017.

c. La mesure de pouvoir d'achat en faveur des actifs

S'agissant de l'application de l'article 7 du projet de loi, on pourra utilement se référer à son commentaire.

3. La vision d'ensemble des « niches sociales »

L'annexe 5 au présent projet de loi ne considère pas seulement les allégements généraux et les exonérations ciblées ainsi que les modalités de leur compensation mais, dans l'esprit de la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale [(1)] et des troisième à sixième alinéas de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, s'attache à identifier et à chiffrer l'ensemble des taux minorés, des exemptions d'assiette et des dispositifs dérogatoires susceptibles de faire perdre des recettes aux organismes sociaux. Le tableau suivant en fournit un aperçu synthétique.

PERTES DE RECETTES RÉSULTANT DES EXONÉRATIONS ET EXEMPTIONS D'ASSIETTE DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS SOCIALES

(en milliards d'euros)

	2016	2017 (prévision)	2018 (prévisions)
Allégements généraux	29,0	30,7	33,6
Exonérations compensées	4,1	6,5	6,1
Exonérations non compensées	3,8	1,4	0,9
Exemption d'assiette	7,5	7,9	7,8

(1) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

Total des pertes de recettes	44,4	46,5	48,4

(1) L'article 18 du PLFSS prévoit un montant d'exonérations compensées de 6 milliards d'euros. Les tableaux récapitulant les totaux aux pages 10 et 11 de l'annexe 5 permettent de préciser l'arrondi à 6,1 milliards.
Source : annexe 5 du PLFSS.

Article 20
Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2018

Cet article porte approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir de l'ensemble des régimes obligatoires. Il illustre la volonté de réduire de réduire durablement le déficit à travers un effort important sur les dépenses, en ramenant le solde des régimes obligatoires et du FSV à -2,2 milliards d'euros.

Cet article vise à approuver l'annexe C du projet de loi, qui retrace, conformément ce que prévoit l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche sous la forme d'un tableau, présenté par branche et établi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2018 avec celui de 2017 :

	RECETTES		**DÉPENSES**		**SOLDES**	
	2017 (1)	**2018 (2)**	**2017 (1)**	**2018 (3)**	**2017 (1)**	**2018 (2)**
Maladie	203,2	210,9	207,3	211,7	– 4,1	– 0,8
Vieillesse	232,6	236,6	231,1	236,4	1,5	0,1
Famille	49,9	51,0	49,6	49,7	0,3	1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,3	14,1	13,2	13,5	1,1	0,5
TOUTES BRANCHES	486,3	498,9	487,6	497,7	– 1,3	1,2
Toutes branches incluant le FSV*	483,1	496,1	488	498,3	– 4,9	– 2,2

(1) Prévisions rectifiées par l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018
(2) S'agissant de l'année 2018, il s'agit d'un objectif de dépenses.
(3) S'agissant de l'année 2018, il s'agit de prévisions de recettes.
* Hors transferts.

● Par rapport aux prévisions révisées pour 2017 figurant à l'article 4 du projet de loi de financement (PLFSS) pour 2018, le déficit de l'exercice 2018 s'établirait à 2,2 milliards, soit 2,7 milliards de moins que l'année précédente. Les seuls régimes obligatoires, à l'exclusion du fonds de solidarité vieillesse (FSV), seraient symboliquement excédentaires pour la première fois depuis 2001.

DOCUMENT PROVISOIRE

Cette amélioration du solde repose sur une hausse importante des recettes prévues qui devraient augmenter de 13 milliards d'euros entre 2017 et 2018 et une augmentation modérée des dépenses de 10,3 milliards d'euros.

La commission des comptes de la sécurité sociale ayant évalué un déficit tendanciel de l'ensemble des régimes obligatoires et du fonds de solidarité vieillesse à 8,6 milliards, les mesures portées par le PLFSS et par le PLF pour 2018 doivent engendrer 6,4 milliards d'euros d'économies ou de recettes supplémentaires.

Un effort particulièrement fort sera fourni par la branche maladie (3,3 milliards d'euros) et recettes (1 milliard), alors que la branche AT-MP verra ses ressources diminuer à la suite d'une nouvelle baisse de cotisations et que la branche vieillesse connaîtra une nouvelle accélération des ses dépenses dans un contexte d'extinction des effets du recul de l'âge légal de départ à la retraite.

● Pour le rapporteur général, la construction de l'équilibre financier pour 2018 tel qu'il résulte du tableau d'équilibre ainsi que du tableau des mesures nouvelles ci-dessous illustre certains axes structurants de la politique du Gouvernement et de la majorité [(1)] :

– le choix de scénario économique fait par le Gouvernement pour l'année 2018 consacre une exigence de réalisme, au service d'une information fiable et sincère du Parlement, confirmée par l'appréciation du Haut conseil des finances publiques [(2)] ;

– la conduite d'une réforme essentielle des prélèvements sociaux avec la baisse des cotisations sociales compensée par une hausse de la contribution sociale généralisée, neutralisé pour les comptes de la sécurité sociale [(3)], permettra d'améliorer le pouvoir d'achat des salariés ;

– une conception sérieuse de l'efficacité de la dépense publique conduit à réaliser 5,2 milliards d'économies de dépenses (dont 4 milliards dans le champ de l'ONDAM) tout en prenant en charge 300 millions d'euros de dépenses nouvelles, par exemple liées à la santé des détenus en prison ;

– l'année 2018 sera celle d'un quasi-équilibre de toutes les branches des régimes obligatoires permettant de tracer de nouvelles perspectives de réformes structurelles dans un contexte financier serein pour la suite de la législature.

---

(1) S'agissant des conséquences de ces mesures nouvelles sur les relations État-Sécurité sociale, on pourra utilement se référer à l'article 18.

(2) Les hypothèses 2018, à savoir 1,7 % de croissance, 3,1 % d'augmentation de la masse salariale et 1,1 % d'inflation, ont été jugées « prudentes » par le Haut conseil dans son avis du 24 septembre dernier. http://www.hcfp.fr/Avis-et-publication/Actualites/Avis-n-HCFP-2017-4-relatif-aux-projets-de-lois-de-finances-et-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-l-annee-2018

(3) Cf. les articles 7 et 18 du projet de loi.

DOCUMENT PROVISOIRE

DOCUMENT PROVISOIRE

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LE FSV

(en milliards d'euros)

SOLDE TENDANCIEL	– 8,6
MESURES NOUVELLES (1)	EFFET SUR LES COMPTES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES ET DU FSV
Perte des mesures de compensation du pacte de responsabilité	**– 1,3**
Suppression de la C4S	**– 0,4**
Fin de l'effet de la modification du fait générateur de la TVS (2)	**– 0,2**
Effet de la mesure CSG/Cotisations (3)	**+ 3,2**
Hausse de la CSG	+ 22,6
Suppression des cotisations maladie	– 4,7
Compensations	– 3
Rétrocession à l'État du prélèvement de solidarité et de la fraction de TVA	– 11,2
Transferts de dépense	**– 0,3**
Harmonisation des frais d'assiette et de recouvrement applicables aux recettes fiscales	– 0,1
Financement de la santé des détenus	– 0,1
Affectation des réserves de la section 3 du FSV	**– 0,7**
Économies ONDAM	**+ 4,0**
Mesures relatives aux recettes	**+ 0,5**
Mesures relatives aux droits tabacs	+ 0,5
Baisse du taux AT-MP	– 0,7
Hausse du taux maladie	+ 0,5
Suppression de la 4e tranche de taxe sur les salaires (PLF)	– 0,2
Réforme du financement du fonds CMU-C	+ 0,2
Transfert de la taxe sur les farines au régime vieillesse complémentaire des exploitants agricoles	– 0,1
Verdissement de la TVS	+ 0,1
Mesures nouvelles en dépenses	**+ 1,2**
Alignement du plafond et du montant de la PAJE	+ 0,1
Modération de la progression du FNAS	+ 0,2
Mesures de lutte contre la fraude sur les prestations	+ 0,2
Revalorisation de l'ASPA	– 0,1
Décalage de la datte de revalorisation des pensions	+ 0,3
Abaissement de la dotation de la branche AT-MP au FIVA	+ 0,1
SOLDES 2018 APRÈS MESURES	– 2,2

Source : annexe IX du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(1) Pour des raisons de présentation, ne figurent pas dans le tableau des mesures dont l'effet est inférieur à 100 millions d'euros, ainsi que les transferts entre organismes de sécurité sociale qui font l'objet du commentaire de l'article 7.

(2) Taxe sur les véhicules de société

(3) Pour plus de détails, on pourra utilement se référer au commentaire de l'article 7

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 21
Tableau d'équilibre du régime général

Cet article vise à approuver le tableau d'équilibre du régime général, figurant dans l'annexe C du projet de loi, qui présente pour chaque branche les recettes et les dépenses.

COMPARAISON DES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE DU RÉGIME GÉNÉRAL POUR 2017 (1) ET POUR 2018

(en milliards d'euros)

	Recettes		Dépenses		Soldes	
	2017 (1)	2018 (2)	2017 (1)	2018 (2)	2017 (1)	2018 (2)
Maladie	201,9	209,8	206,0	210,6	-4,1	-0,8
Vieillesse	126,2	133,8	124,9	133,6	1,3	0,2
Famille	49,9	51,0	49,6	49,7	0,3	1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,7	11,8	12,2	1,0	0,5
Toutes branches	377,8	394,3	379,4	393	-1,6	1,2
Toutes branches incluant le FSV*	376,1	392,6	381,3	394,8	-5,2	-2,2

(1) Prévisions rectifiées par l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

(2) S'agissant de l'année 2018, il s'agit d'un objectif de dépenses.

(3) S'agissant de l'année 2018, il s'agit de prévisions de recettes.

* Hors transfert

Le déficit du régime général prévu pour 2018 serait ainsi de 3 milliards inférieur au déficit prévu par l'article 4 en 2017.

Le « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier prévoyait un déficit de 8,6 milliards d'euros du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse, portant ainsi à 6,4 milliards d'euros les mesures de redressement nécessaires pour atteindre l'objectif de solde fixé pour 2018. Ce chiffre étant le même que pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'effort sera donc porté quasiment en totalité par le régime général, sous réserve de quelques évolutions au sein des autres régimes qui devraient se neutraliser sur le plan financier.

Les mesures affectant le régime général et le FSV sont pour l'essentiel retracées dans le tableau présenté au sein du commentaire de l'article 20.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 22

Approbation des recettes (état C) et du tableau d'équilibre du FSV, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et la section 2 du FSV

Cet article répond à des obligations organiques relatives au domaine obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale.

2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

« *2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. A cette fin :*

a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ***ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ;***

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit »

● Le **I** porte, en premier lieu, approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires, en l'occurrence, depuis 2008, du seul Fonds de solidarité vieillesse. Cet organisme (1) est chargé de mettre en réserve des recettes au profit des régimes obligatoires de base au sens de la loi organique.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) *Ses fonctions sont rappelées dans le commentaire de l'article 1er du projet de loi. De même, ses recettes sont reproduites depuis le PLFSS 2017 dans les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de sécurité sociale (article 20) et du régime général (article 21).*

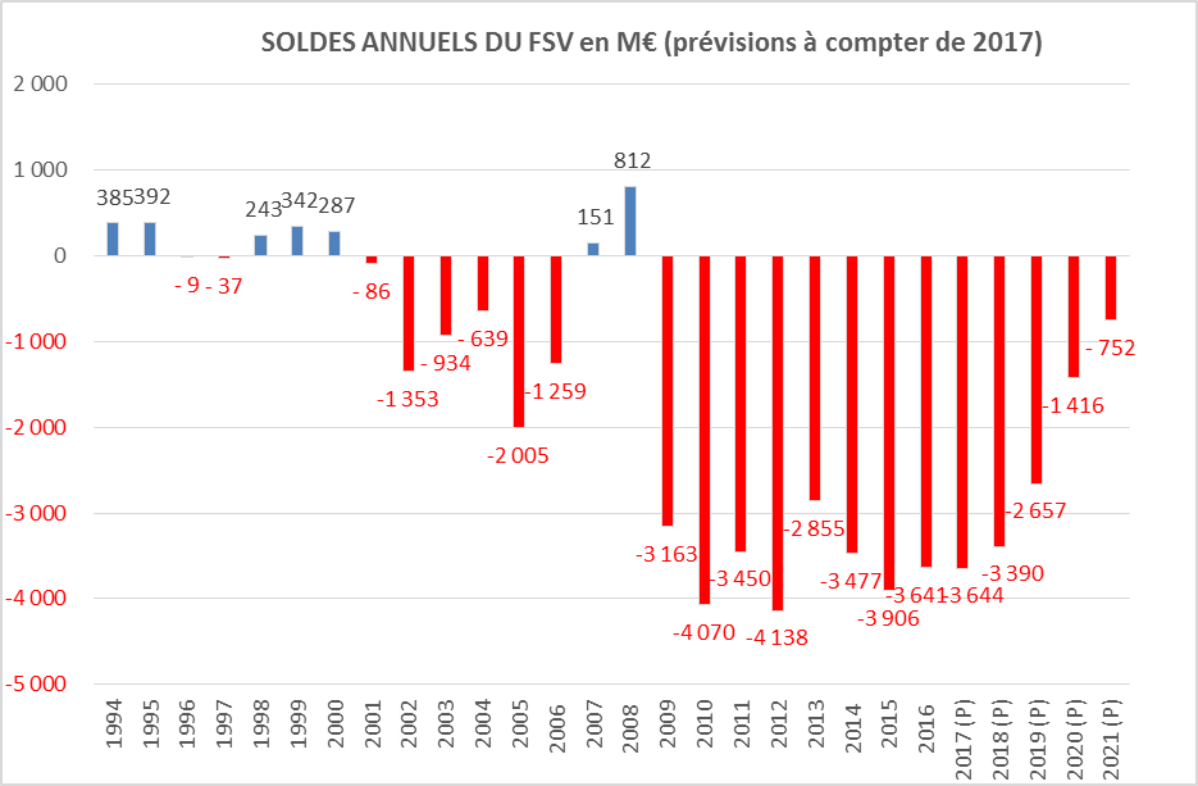
Principales charges et recettes du FSV

Créé en 1994 pour financer les dispositifs non-contributifs, au nom de la solidarité nationale, le Fonds de solidarité vieillesse présente un déficit chronique, supérieur à 3 milliards d'euros depuis 2010.

Côté charges (19,7 milliards d'euros en 2017), les prises en charge de cotisations au titre de périodes validées gratuitement représentent deux tiers des dépenses, en premier lieu au titre du chômage. Le financement de prestations constitue le dernier tiers, pour l'essentiel au titre du minimum vieillesse et du minimum contributif. Ce dernier sera progressivement financé par les régimes obligatoires de base. La première étape de ce basculement, mise en œuvre en 2017, sera complétée en 2018 et 2019, allégeant ainsi les dépenses du fonds de 1,8 milliard d'euros sur ces deux années.

Côté recettes (16,1 milliards d'euros en 2017), la nouvelle structure de financement du fonds ayant tiré les conséquences de l'arrêt « *de Ruyter* » de la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE) du 26 février 2015 est désormais effective. Depuis 2016, la quasi-totalité des produits de CSG et des prélèvements sociaux assis sur les revenus du patrimoine et de placement perçus par la sécurité sociale est versée au FSV. En 2018, le produit supplémentaire issu de l'augmentation des taux de CSG – estimé, pour la part revenant au FSV, à 2,1 milliards d'euros – sera compensé par la perte du prélèvement de solidarité sur les produits du patrimoine et de placement – 2,6 milliards d'euros en 2017 – désormais affecté à l'État. Une moindre recette de 500 millions d'euros en résultera donc.

Le déficit du fonds se stabiliserait en 2017 à 3,6 milliards d'euros, avant d'entamer sa réduction en 2018, comme l'illustre le graphique ci-dessous.



Source : Fonds de solidarité vieillesse.

● Le **II** fixe l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette sociale, en l'espèce, la seule Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) [1] à 15,2 milliards d'euros.

Au 31 décembre 2018, l'amortissement cumulé représentera 154,7 milliards d'euros, soit 59,4 % de la dette reprise cumulée.

● Le **III** prévoit les recettes affectées au second organisme chargé de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base, c'est-à-dire le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) [2], lequel ne bénéficie plus d'aucune recette depuis 2011, en raison de sa mise en extinction.

*

* *

Article 23

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Cet article habilite cinq organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2018.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes, sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme (douze mois maximum).

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'ACOSS est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

(1) Idem

(2) Idem

DOCUMENT PROVISOIRE

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources.

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de pouvoir couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice.

Comme en 2017, cinq organismes bénéficieront d'une telle habilitation en 2018 :

– l'ACOSS pour le régime général ;

– la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;

– la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF ;

– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

– la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).

Le commentaire du présent article est l'occasion de présenter les besoins de trésorerie de ces cinq organismes.

1. L'ACOSS et le régime des exploitants agricoles doivent assurer les besoins de trésorerie de régimes déficitaires

● Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le **régime général** reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles.

Compte tenu de ces éléments, la variation annuelle de trésorerie de l'ACOSS serait de – 4,3 milliards d'euros. Le solde au 31 décembre 2018 s'établirait ainsi à – 27,6 milliards d'euros.

Le solde moyen prévisionnel de – 22,1 milliards d'euros, avec un besoin de financement maximal net de 31 milliards d'euros le 13 avril 2018. Le besoin de financement brut, comprenant notamment les avances aux partenaires, s'établirait le même jour à 37,2 milliards d'euros.

Compte tenu de ces différents éléments, le présent article propose de fixer le plafond d'emprunt de l'ACOSS à hauteur de 38 milliards d'euros pour l'ensemble de l'année 2018 soit un niveau supérieur à celui de 2017 (33 milliards d'euros).

DOCUMENT PROVISOIRE

Ce plafond permettra à l'ACOSS, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines, ainsi que du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Le plafond d'emprunt proposé conserve, en outre, une marge par rapport au point bas prévisionnel, de façon à assurer à l'ACOSS la possibilité de faire face aux différents types d'aléas pesant sur sa trésorerie.

● Depuis 2009, la **caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, structurellement en déficit, malgré une réduction progressive de celui-ci.

Pour l'exercice 2018, le solde moyen de trésorerie de la branche maladie se stabiliserait, tandis que celui de la branche vieillesse s'améliorerait sensiblement. Dans ce contexte, le solde moyen prévisionnel du régime s'établit à – 4,2 milliards d'euros, avec un point bas prévu en novembre à – 4,6 milliards d'euros.

Comme les années précédentes, le régime agricole devra donc recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2018, tout en respectant un plafond, fixé par le présent article à 4,9 milliards d'euros, en augmentation de 450 millions d'euros par rapport au montant fixé dans la précédente loi de financement.

Cette hausse correspond, comme en 2017, à l'aléa représenté par l'absence de stabilisation, à ce stade, des modalités et du calendrier de versement de la compensation financière par l'État de la mesure de réduction du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles.

Depuis 2016 [(1)], les besoins de trésorerie de la CCMSA sont en principe intégralement financés par l'ACOSS (art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale), même si une ligne de tirage a été conservé auprès d'un partenaire bancaire pour un maximum de 500 millions d'euros, soumis à l'accord préalable des ministères de tutelle.

2. Les autres organismes gèrent des problèmes de trésorerie significatifs liés à des règles spécifiques

● Le profil de trésorerie de la **Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF** (CPRP SNCF) était traditionnellement caractérisé par un décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

(1) II de l'article. 42 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

DOCUMENT PROVISOIRE

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2018, le point bas est prévu le 4 janvier à – 489 millions d'euros. En effet, comme en 2017, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel ne peut avoir lieu pour des raisons techniques avant le 5 ou 6 janvier.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 500 millions d'euros pour la période du 1er au 31 janvier, puis un second plafond de 200 millions d'euros pour le reste de l'année.

● La **Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)**, chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

Les recettes de la caisse sont constituées à 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée vieillesse, et subvention de l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2018, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de – 323 millions d'euros, le point bas étant atteint début janvier avec – 445 millions d'euros. Le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 450 millions d'euros, en légère augmentation par rapport à 2017 (350 millions d'euros).

Le besoin en ressources non permanentes du régime continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'ACOSS.

● La **Caisse nationale des industries électriques et gazières** (CNIEG) présentait ces dernières années un besoin constant en fonds de roulement, son profil de trésorerie étant rythmé par un versement trimestriel des retraites. La Caisse devait ainsi recourir à des montants d'emprunts bancaires importants pour financer ses décalages de trésorerie.

Afin de réduire fortement les décalages en trésorerie entre les encaissements des cotisations et les décaissements des pensions de retraite – lesquels conduisaient à un besoin de financement dont les modalités de

DOCUMENT PROVISOIRE

couverture paraissaient problématiques dans un contexte de raréfaction des concours bancaires – une réforme plus structurelle a été mise en œuvre à partir d'avril 2013 avec la mensualisation du versement des pensions.

L'amélioration de la gestion de la trésorerie du régime a donc permis au régime de limiter ses besoins de court terme. Il dégage d'ailleurs des excédents ponctuels qui sont placés à l'ACOSS et donnent lieu à une rémunération. En contrepartie, le régime recourt à des avances de trésorerie de l'ACOSS.

L'année 2018 marquerait un retour à un quasi-équilibre (– 13 millions d'euros) en raison d'une hausse des recettes liées à la contribution tarifaire d'acheminement.

De ce fait, le solde moyen de trésorerie pour 2018 serait en baisse à 53 millions d'euros (contre 99 millions d'euros en 2017), avec un point bas prévu à – 386 millions d'euros le 1er décembre 2018.

Le présent article propose donc de retenir un plafond d'emprunt à 440 millions d'euros.

*

* *

Article 24

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

● En application du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte chaque année un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport – prévu par le I de l'article L.O. 111-4 – décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse – FSV), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2018 à 2021).

Cette démarche s'inscrivant dans le cadre plus général de la pluri-annualité des finances publiques, le rapport de l'annexe B est par construction en cohérence avec :

– les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques, présentées dans le *Rapport économique, social et financier* joint au projet de loi de finances (PLF) de l'année [(1)] ;

(1) Pour le PLF 2018 : http://www.assemblee-nationale.fr/15/projets/pl0235.asp

DOCUMENT PROVISOIRE

– le programme de stabilité de la France, transmis chaque année à la Commission européenne en application des règles d'encadrement des déficits et des dettes des administrations publiques nationales [1] ;

– les lois de programmation pluriannuelle des finances publiques [2], qui sont le support juridique national permettant de définir la stratégie de redressement des comptes publics ;

Il faut par ailleurs signaler qu'outre les rapports parlementaires, plusieurs publications commentent, à des degrés divers, les perspectives pluriannuelles des finances publiques, et notamment sociales :

– le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des LFSS [3] ;

– le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale [4] ;

– l'avis du Haut conseil des finances publiques relatif aux PLF et PLSS de l'année [5].

Ce commentaire n'a pas l'ambition de résumer les analyses produites dans ces différentes publications, auxquelles on pourra toutefois se référer pour davantage d'éclairages sur les principales perspectives dressées dans l'annexe B. On relèvera que, comme l'année dernière, celle-ci consacre d'assez longs développements à la présentation de mesures contenues dans le texte pour l'année 2018, sur lesquelles il est par construction inutile de s'attarder ici, les commentaires des autres articles pourvoyant au besoin d'information du Parlement.

Le rapporteur général entend néanmoins souligner les principaux aspects de cette nouvelle trajectoire pluriannuelle :

● Si la construction de ce PLFSS repose sur l'hypothèse générale d'une confirmation de la reprise économique, due notamment aux effets des mesures de compétitivité et de pouvoir d'achat, celle-ci est exprimée en des termes prudents :

– la prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) de + 1,7 % sur l'ensemble de la période 2018-2021 repose sur des hypothèses raisonnables de hausse de la croissance potentielle résultant des nouvelles mesures mises en place

---

(1) Pour 2017-2020 : http://proxy-pubminefi.diffusion.finances.gouv.fr/pub/document/18/22398.pdf

(2) Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 a été déposé à l'Assemblée nationale le 27 septembre 2017.

(3) Pour2017 :https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

(4) Pour septembre 2017 : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-septembre2017_tome1.pdf

(5) Pour 2018 : http://www.hcfp.fr/Avis-et-publication/Avis/Avis-n-N-3-relatif-aux-projets-de-lois-de-finances-et-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-l-annee-2018

DOCUMENT PROVISOIRE

pour soutenir l'investissement, la formation, la compétitivité du travail et l'innovation ;

– la hausse de la masse salariale qui irait en s'accélérant de + 3,1 % en 2018 à 3,8 % en 2021 serait tirée par les effectifs en début de période puis par les salaires dans un second temps, en ligne avec des hypothèses cohérentes sur l'évolution du taux de chômage ;

– l'inflation qui augmenterait progressivement de + 1,0 % en 2018 à + 1,8 % en 2012.

● Le présent PLFSS intègre une stratégie de redressement très rapide des comptes sociaux avec un excédent du régime général atteint en 2018, puis de l'ensemble des régimes, FSV inclus, en 2019.

À partir de cette date, des excédents croissants seront dégagés favorisant l'extinction de la dette sociale à l'horizon 2024 et la réduction du déficit des administrations publiques.

Ces soldes consolidés correspondent à des trajectoires fortement différenciées entre les divers risques :

– les branches maladie et famille doivent à terme dégager d'importants excédents (respectivement 6,6 milliards et 5 milliards) grâce à des ressources dynamiques et des dépenses maîtrisées ;

– la branche AT-MP verra ses excédents augmenter progressivement passant ainsi de 500 millions d'euros en 2018 à 1,7 milliard en 2021 ;

– À l'inverse, le risque vieillesse, en tant qu'il regroupe branche vieillesse et FSV, verrait sa situation financière se dégrader en raison d'une stagnation de ses recettes et d'une relative accélération de la progression de ses dépenses retrouveraient ; ainsi la réduction progressive du déficit du FSV (– 3,4 milliards en 2018 jusqu'à – 0,8 milliards en 2021) sera plus que compensée par l'accroissement du solde des branches vieillesse des régimes obligatoires qui atteindrait – 3,9 milliards en 2021.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018

TITRE IER
DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 25
Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles monoparentales

Cet article permet d'augmenter (dans une proportion qui devrait être de 30 %) le montant maximum du complément de libre choix du mode de garde (CMG) pour les familles monoparentales.

1. Le droit existant

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) constitue l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Il est versé aux parents qui recourent à un mode d'accueil individuel pour assurer la garde de leur enfant de moins de six ans.

Il existe deux types de CMG : le CMG « emploi direct » et le CMG « structure ».

● Le CMG « emploi direct », défini à l'article L. 531-5 du code de l'action sociale et des familles, est versé aux parents qui emploient un assistant maternel ou une garde à domicile. Il comporte deux volets :

– une prise en charge des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne employée, à hauteur de 100 % pour l'emploi d'un assistant maternel, sous réserve que sa rémunération soit inférieure à un plafond journalier, et à hauteur de 50 % pour l'emploi d'une garde à domicile, dans la limite d'un plafond variable en fonction de l'âge de l'enfant ;

– une prise en charge maximale de 85 % de la rémunération nette (comprenant le salaire et l'indemnité d'entretien) de la personne employée, dans la limite d'un plafond variable selon les ressources et la composition du foyer.

● Le CMG « structure », défini à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, est versé aux parents qui ont recours à une association, une entreprise ou une micro-crèche. Le montant versé ne peut excéder 85 % du coût de la garde facturé aux parents, dans la limite d'un plafond variable selon les ressources et la composition du foyer.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le barème du CMG comporte trois tranches de revenus, dont les plafonds varient en fonction du nombre d'enfants à charge. Dans tous les cas, le montant de l'aide financière ne peut dépasser 85 % de la rémunération nette de l'assistant maternel ou de la garde à domicile (CMG « emploi direct ») ou du montant versé à l'association, à l'entreprise ou à la micro-crèche (CMG « structure »).

Par ailleurs, en application du décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 relatif au complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales et les familles dont l'un des parents perçoit l'allocation aux adultes handicapés, le plafond de ressources applicable pour le calcul du montant du CMG est majoré de 40 % pour les familles monoparentales.

Le tableau ci-dessous présente les plafonds de revenus et les montants de CMG en vigueur pour les familles monoparentales au 1er avril 2017.

BARÈME DU CMG APPLICABLE POUR LES FAMILLES MONOPARENTALES AU TITRE D'UN ENFANT NÉ OU ADOPTÉ À COMPTER DU 1ER AVRIL 2014

Nombre d'enfant à charge	Revenus (majoration de 40 %)		
	Inférieurs à	**Ne dépassant pas**	**Supérieurs à**
1 enfant	28 713 €	63 805 €	63 805 €
2 enfants	32 788 €	72 862 €	72 862 €
3 enfants	35 663 €	81 918 €	81 918 €
Montant plafond du CMG « emploi direct »			
Enfant de moins de 3 ans	462,78 €	291,82 €	175,07 €
Enfant de 3 à 6 ans	231,39 €	145,91 €	87,54 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel			
Enfant de moins de 3 ans	700,31 €	583,60 €	466,88 €
Enfant de 3 à 6 ans	350,15 €	291,80 €	233,44 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche			
Enfant de moins de 3 ans	846,22 €	729,49 €	612,77 €
Enfant de 3 à 6 ans	423,11 €	364,74 €	306,39 €

Source : caf.fr

Ces différents montants de CMG peuvent être majorés dans deux cas, prévus aux articles L. 531-5 et L. 531-6 du code de la sécurité sociale :

– lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ; le décret n° 2009-908 du 24 juillet 2009 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant prévoit ainsi une majoration du CMG de 10 % si le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est supérieur ou égal à 25 heures dans le mois pour lequel la prestation est demandée ;

– lorsque la personne seule ou l’un des membres du couple bénéficie de l’allocation aux adultes handicapés (AAH), une majoration de 30 % du montant maximal du CMG est prévue par le décret n° 2012-666 du 4 mai 2012 précité.

Ces deux cas de majoration du montant du CMG sont codifiés à l’article D. 531-23-1 du code de la sécurité sociale.

2. Le dispositif proposé

Le présent article propose de majorer le montant maximal du CMG « emploi direct » et du CMG « structure » pour les familles monoparentales.

À cette fin, le **I** tend à compléter la liste, figurant à la fois à l’article L. 531-5 et à l’article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, des situations ouvrant droit, dans des conditions définies par décret, à une majoration de ce montant. Il est ainsi précisé que le plafond du CMG est également majoré « *lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une personne seule* ».

Cette majoration du montant maximal du CMG, qui doit être fixée par décret, sera, d’après les engagements pris par le Gouvernement, égale à 30 %.

Le reste à charge, équivalent à 15 % de la rémunération de l’emploi à domicile, ne serait quant à lui pas modifié.

Les familles monoparentales bénéficieraient ainsi à la fois de la majoration de 40 % des plafonds de ressources applicables pour le calcul du CMG et d’une majoration du CMG de 30 %.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le tableau ci-dessous présente les plafonds de revenus et les montants de CMG qui s'appliqueraient aux familles monoparentales.

BARÈME DU CMG APPLICABLE POUR LES FAMILLES MONOPARENTALES AU TITRE D'UN ENFANT NÉ OU ADOPTÉ À COMPTER DU 1ER AVRIL 2018

Nombre d'enfant à charge	Revenus (majoration 40 %)		
	Inférieurs à	Ne dépassant pas	Supérieurs à
1 enfant	28 713 €	63 805 €	63 805 €
2 enfants	32 788 €	72 862 €	72 862 €
3 enfants	35 663 €	81 918 €	81 918 €
Montant plafond du CMG « emploi direct » (majoration 30 %)			
Enfant de moins de 3 ans	599,82 €	377,31 €	175,07 €
Enfant de 3 à 6 ans	299,91 €	189,14 €	87,54 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant un assistant maternel (majoration 30 %)			
Enfant de moins de 3 ans	907,66 €	756,39 €	466,88 €
Enfant de 3 à 6 ans	453,83 €	378,20 €	233,44 €
Montant plafond du CMG « structure » en cas de recours à une association ou une entreprise employant une garde à domicile ou en cas de recours à une micro-crèche (majoration 30 %)			
Enfant de moins de 3 ans	1 096,80 €	945,48 €	612,77 €
Enfant de 3 à 6 ans	548,40 €	472,74 €	306,39 €

Source : CNAF – Calculs effectués à partir des montants de CMG en vigueur au 1er avril 2017.

Selon les estimations communiquées au rapporteur par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), à comportement inchangé des familles, cette majoration bénéficierait à 53 % des familles monoparentales déjà bénéficiaires du CMG, soit potentiellement près de 44 000 familles, pour un gain mensuel moyen de 70 euros par enfant gardé.

Les familles monoparentales bénéficiaires de la mesure proposée par le présent article seraient ainsi réparties :

Type de CMG	Nombre de familles monoparentales bénéficiaires
CMG « emploi direct » d'un assistant maternel	35 965
CMG « emploi direct » d'une garde à domicile	3 607
CMG « structure »	4 227
TOTAL	**43 799**

Source : Direction de la sécurité sociale

La mesure proposée par le présent article entraîne donc un gain financier conséquent pour de nombreuses familles monoparentales, qui, du fait de leur isolement, peuvent éprouver plus de difficultés pour la garde de leurs enfants. Elle

contribuera à encourager l'activité professionnelle des parents isolés et leur permettra ainsi de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Le **II** étend la mesure proposée par le présent article à Saint-Pierre-et-Miquelon, en modifiant le 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au développement de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

Le ***b)*** et le ***c)*** du **2°** du **II** rendent respectivement applicables à la collectivité d'Outre-mer l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, relatif au CMG « emploi direct », et l'article L. 531-6 du même code, relatif au CMG « structure », dans leur rédaction résultant du présent article.

Le **III** précise que le présent article doit entrer en vigueur le 1er octobre 2018 pour les gardes d'enfants réalisées à compter de cette date.

Le rapporteur général veillera à ce que le décret complétant l'article D. 531-23-1 du code de la sécurité sociale pour fixer le taux de la majoration du CMG à 30 % soit bien pris avant cette date, permettant ainsi l'entrée en vigueur effective du dispositif.

*
* *

Article 26

Harmonisation des barèmes et des plafonds de la PAJE et du complément familial

Cet article propose d'aligner le montant de l'allocation de base à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant, ainsi que les plafonds de ressources pour en bénéficier, sur ceux du complément familial.

Par ailleurs, les montants de l'allocation de base et de la prime à la naissance ou à l'adoption seront désormais revalorisés chaque année, alors qu'ils étaient gelés depuis 2014.

DOCUMENT PROVISOIRE

1. Le droit existant

a. L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est une aide financière destinée aux parents d'un ou plusieurs enfants de moins de trois ans. Définie à l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, elle est versée sous condition de ressources, les plafonds de revenus pour pouvoir bénéficier de l'allocation de base variant à la fois en fonction du nombre d'enfants

(+ 5 415 euros par enfant supplémentaire) et de la structure du foyer (couple avec un seul revenu, couple avec deux revenus, parent isolé).

Le montant de l'allocation à taux plein s'élève, au 1er avril 2017, à 184,62 euros. Le montant de l'allocation à taux partiel s'élève, à la même date, à 92,31 euros, soit la moitié de l'allocation de base.

MONTANTS DE L'ALLOCATION DE BASE DE LA PAJE POUR LES ENFANTS NÉS DEPUIS AVRIL 2014

Nombre d'enfants à charge	Revenus pour un couple avec un seul revenu	Revenus pour un couple avec deux revenus ou pour un parent isolé	Montant
1 enfant	Moins de 30 027 €	Moins de 38 148 €	184,62 €
	Entre 30 027 € et 35 872 €	Entre 38 148 € et 45 575 €	92,31 €
2 enfants	Moins de 35 442 €	Moins de 43 563 €	184,62 €
	Entre 35 442 € et 42 341 €	Entre 43 563 et 52 044 €	92,31 €
3 enfants	Moins de 40 857 €	Moins de 48 978 €	184,62 €
	Entre 40 857 € et 48 810 €	Entre 48 978 € et 58 513 €	92,31 €

Source : service-public.fr

L'allocation de base est versée tous les mois, à partir du premier jour du mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'à son troisième anniversaire. Les enfants adoptés ouvrent aussi droit au bénéfice de cette aide : elle est alors versée pendant trois ans, tant que l'enfant est âgé de moins de 20 ans.

Au 31 décembre 2016, la CNAF comptait 1,56 millions d'allocataires de l'allocation de base à taux plein et 1,52 millions d'allocataires de l'allocation de base à taux réduit.

b. Le complément familial

Défini aux articles L. 521-1 à L. 521-3 du code de la sécurité sociale, le complément familial est une aide financière versée sous condition de ressources aux parents ayant au moins trois enfants à charge, âgés de plus de trois ans et de moins de 21 ans.

Le montant de base du complément familial s'élève à 169,02 euros. Comme pour l'allocation de base de la PAJE, les plafonds de ressources ouvrant droit à cette allocation varient en fonction du nombre d'enfants à charge et de la structure du foyer (couple avec un seul revenu, couple avec deux revenus, parent isolé).

DOCUMENT PROVISOIRE

PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES AU COMPLÉMENT FAMILIAL EN 2017

Plafonds de ressources			
Enfants à charge	**Couple avec 1 revenu**	**Couple avec 2 revenus**	**Parent isolé**
3 enfants	37 705 €	46 125 €	46 125 €
4 enfants	43 989 €	52 409 €	52 409 €
Par enfant supplémentaire	6 284 €	6 284 €	6 284 €

Source : service-public.fr

Un montant majoré de 236,70 euros (+ 67,68 euros par rapport au complément familial de base) est versé aux familles dont les revenus ne dépassent pas le plafond suivant :

PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES AU COMPLÉMENT FAMILIAL MAJORÉ EN 2017

Plafonds de ressources		
Enfants à charge	**Couple avec 1 revenu**	**Couple avec 2 revenus ou parent isolé**
3 enfants	18 856 €	23 066 €
4 enfants	21 999 €	26 209 €
Par enfant supplémentaire	3 143 €	3 143 €

Source : service-public.fr

c. La LFSS pour 2014 prévoyait un alignement progressif du montant de l'allocation de base de la PAJE sur celui du complément familial

L'article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait d'aligner de façon progressive le montant de l'allocation de base de la PAJE sur le montant du complément familial non majoré.

En 2013, le montant mensuel de l'allocation de base de la PAJE était supérieur de 17,28 euros à celui du complément familial. Or, conformément à l'article L. 532-1 du code de la sécurité sociale, l'allocation de base de la PAJE n'est pas cumulable avec le complément familial. Pour une famille de trois enfants ou plus, au troisième anniversaire de l'enfant au titre duquel l'allocation de base est versée, le complément familial est donc censé « prendre le relais ». Toutefois, le changement de prestations se traduit par une diminution de l'aide versée et par une modification des plafonds de ressources, ce qui peut exclure certaines familles du bénéfice du complément familial, alors même qu'elles bénéficiaient de l'allocation de base, le complément familial étant attribué sous un plafond de ressources plus bas que l'allocation de base.

Il a donc été décidé par la précédente majorité de maintenir le montant de l'allocation de base de la PAJE à son niveau actuel – soit 184,62 euros, sans application, chaque 1er avril des années à venir, des règles de revalorisation définies à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à ce que le

DOCUMENT PROVISOIRE

montant du complément familial, revalorisé chaque année en fonction de l'évolution de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), atteigne le niveau de l'allocation de base. La durée de la transition était alors estimée à six ans.

Le montant du complément familial a néanmoins connu une augmentation bien plus faible que ce qui avait été anticipé, en raison d'une très faible évolution de la BMAF (1). Le montant du complément familial au 1er avril 2017 a en conséquence augmenté de seulement 1,68 euros par rapport à son montant en vigueur au 1er avril 2013.

Dès lors, l'alignement des montants des deux prestations n'a pas pu être réalisé, l'objectif d'une plus grande cohérence et d'une meilleure lisibilité entre les deux prestations – allocation de base de la PAJE et complément familial – n'ayant ainsi pas pu être atteint.

2. Le dispositif proposé

Ces deux allocations ayant, dans un grand nombre de situations, vocation à se succéder, le présent article propose d'aligner le montant de l'allocation de base à taux plein sur celui du complément familial, ainsi que les plafonds de ressources pour en bénéficier.

Le **b)** du **2°** du **I** complète ainsi l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, relatif à l'allocation de base de la PAJE, par un alinéa précisant que « *le plafond de ressources et le taux servant au calcul de l'allocation de base versée à taux plein sont identiques à ceux retenus pour l'attribution du complément familial* ». Le **a)** supprime en conséquence le renvoi à un décret pour fixer le plafond de ressources en dessous duquel l'allocation de base est versée à taux plein.

Cette disposition suppose d'abroger, conformément au **II,** le III de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui prévoyait l'alignement progressif des montants du complément familial et de l'allocation de base à taux plein par gel du montant de cette dernière allocation.

a. L'alignement des montants de l'allocation de base et du complément familial

Le montant de l'allocation de base de la PAJE s'élève actuellement à 184,62 euros, alors que celui du complément familial est de 169,02 euros, soit 15,60 euros de moins.

L'alignement des montants entraîne donc une baisse de l'allocation de base à taux plein de 15,60 euros. Par ailleurs, le montant de l'allocation de base à

---

(1) Le taux de revalorisation de la BMAF a été fixé à 0,6 % au 1er avril 2014. Il a été nul en 2015 et a été fixé à 0,1 % au 1er avril 2016 et à 0,3 % au 1er avril 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

taux partiel étant égal à la moitié de celui de l'allocation à taux plein, en application de l'article D. 531-1, il doit diminuer de 7,80 euros.

b. L'alignement des plafonds de l'allocation de base et du complément familial

Les plafonds de revenus applicables à l'allocation de base à taux plein et au complément familial non majoré diffèrent dans leur niveau, mais également dans leur structure, puisque le complément familial est versé aux familles de trois enfants ou plus.

PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES À L'ALLOCATION DE BASE DE LA PAJE ET AU COMPLÉMENT FAMILIAL EN 2017

	Allocation de base à taux plein		**Complément familial**	
Nombre d'enfants	Couple monoactif	Couple biactif/parent isolé	Couple monoactif	Couple biactif/parent isolé
1 enfant	30 027	38 148	26 184	34 604
2 enfants	35 442	43 563	31 421	39 841
3 enfants	40 857	48 978	37 705	46 125
4 enfants	46 272	54 393	43 989	52 409

Source : Étude d'impact.

L'alignement des plafonds conduit à légèrement resserrer les conditions d'accès à l'allocation de base. D'après l'étude d'impact, « *il est estimé que le resserrement des conditions d'accès ne concernera que 4 % des ménages qui auraient été éligibles sans cette réforme à l'allocation de base […]. En outre, 6 % des ménages qui auraient été éligibles sans la réforme à l'allocation de base à taux plein le seront à taux partiel* ». Seuls les bénéficiaires de l'allocation de base aux revenus les élevés ne seront plus éligibles au dispositif : davantage ciblé sur les revenus les plus faibles, le caractère redistributif de l'allocation se trouve donc renforcé.

Les plafonds de revenus applicables à l'allocation de base à taux partiel sont, conformément à l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, identiques à ceux applicables pour la prime à la naissance ou à l'adoption. Ils s'élèvent actuellement à 119,47 % du plafond de l'allocation de base à taux plein.

Le **1°** du **I** propose de maintenir cet écart en précisant, à l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale, que le montant du plafond de revenus applicable à la prime à la naissance ou à l'adoption est fixé par référence au plafond applicable à l'allocation de base à taux plein. L'étude d'impact précise que le resserrement des conditions d'accès à la prime à la naissance ou à l'adoption qui en résulte ne concernera que 6 % des ménages, qui auraient été éligibles à cette prime sans la réforme.

Le deuxième alinéa du **II** précise que les modifications proposées par le présent article, relatives au montant et aux plafonds de ressources de l'allocation

DOCUMENT PROVISOIRE

de base et au plafond de la prime à la naissance ou à l'adoption ne s'appliquent qu'au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2018.

De ce fait, les droits acquis au titre des enfants nés avant ou adoptés avant le 1er avril 2018 ne sont pas modifiés par le présent article.

c. La revalorisation annuelle de l'allocation de base et de la prime à la naissance ou à l'adoption

Le présent article prévoit par ailleurs une revalorisation annuelle des montants de l'allocation de base de la PAJE et de la prime à la naissance ou à l'adoption, qui étaient gelés depuis 2014.

À cette fin, le premier alinéa du **II** abroge le III de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, disposition qui avait gelé les montants de l'allocation de base de la PAJE et de la prime à la naissance ou à l'adoption.

L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que le montant des prestations familiales est déterminé d'après la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), revalorisée chaque année au 1er avril selon l'inflation, sera donc désormais applicable à ces deux prestations.

Le **III** du présent article prévoit que cette revalorisation ne s'applique qu'aux prestations dues au titre des enfants nés ou adoptés à compter du 1er avril 2018, l'allocation de base étant maintenue à son niveau actuel pour les autres enfants.

*

* *

Article 27

Objectif de dépenses de la branche famille

Cet article porte approbation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2018, tels qu'il ressorterait de l'adoption des dispositions du projet de loi, et notamment des dispositions du titre Ier de la quatrième partie.

● Cette branche étant intégralement prise en charge par le régime général qui assure le versement de prestations pour l'ensemble des autres régimes obligatoires, il n'existe qu'un seul objectif voté chaque année.

L'objectif de dépense de la branche famille est fixé par cet article à 49,7 milliards d'euros pour l'année 2018, soit 100 millions d'euros de plus qu'en 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Cet objectif est légèrement inférieur au volume de dépense tendanciel tel qu'il ressort du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 28 septembre dernier (50,2 milliards d'euros).

Le tableau ci-dessous illustre les conséquences des mesures nouvelles dans ce différentiel.

NIVEAU DE DÉPENSES TENDANCIEL (EN MILLIARDS)	50,2
MESURES NOUVELLES	EFFET SUR LES COMPTES
Alignement du plafond et du montant de la PAJE	– 0,1
Modération de la progression du FNAS	– 0,2
CMG Familles monoparentales	+ 0,01
CMG Droit à l'erreur	+ 0,01
Mesures de maîtrise des dépenses de gestion courante	– 0,1
Lutte contre la fraude aux prestations	– 0,1
OBJECTIF DE DEPENSES 2018	49,7*

Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir des annexes du PLFSS 2018
** sous réserve de règles d'arrondis*

*
* *

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 28
Revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

L'article 28 vise à revaloriser l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) afin de la porter de 803 euros à 903 euros pour une personne seule – et de 1 246,97 euros à 1 402 euros pour un couple – en trois ans. Une augmentation identique s'appliquera aux allocations constitutives de l'ancien minimum vieillesse encore versées. Le plafond de ressources augmentera d'autant.

Le coût de la revalorisation est estimé à 525 millions d'euros, à partir :

– du montant de l'ASPA, qui correspond à une allocation différentielle versée pour compléter les ressources, jusqu'à l'atteinte du montant maximum ;

– du nombre de bénéficiaires, aujourd'hui de 550 300 personnes. L'augmentation de son montant y rendrait éligibles 46 000 allocataires supplémentaires.

La revalorisation de l'ASPA sera, dès 2019, avancée du 1er avril au 1er janvier de chaque année (en application de l'article 29 du projet de loi).

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LE DROIT EN VIGUEUR

● L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) vise à garantir un niveau minimal de ressources aux personnes âgées résidant en France. Il s'agit d'une prestation vieillesse non contributive, attribuée sans contrepartie de cotisations.

Dénommée « minimum vieillesse » lors de sa création en 1956, cette allocation est devenue l'ASPA en 2006, avec l'entrée en vigueur des dispositions de l'ordonnance du 24 juin 2004 (1). L'objectif était alors de rassembler l'ensemble des dispositifs existants dans une allocation unique. Les allocations constitutives de l'ancien minimum vieillesse – avec en premier lieu l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) – restent néanmoins versées aux allocataires en ayant bénéficié jusqu'à l'entrée en vigueur de l'ASPA et n'ayant pas demandé l'obtention du nouveau dispositif.

● Régie par les articles L. 815-1 à L. 815-23 du code de la sécurité sociale, l'ASPA est :

– ouverte aux personnes âgées justifiant d'une résidence stable et régulière en France et ayant atteint un âge minimum, fixé à 65 ans à l'article R. 815-1 du code de la sécurité sociale. Cet âge peut néanmoins être abaissé dans des cas spécifiques, par exemple pour un assuré inapte au travail ou justifiant d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % ;

– liquidée et servie par les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse auprès de leurs assurés respectifs. Toutefois, pour les personnes ne relevant d'aucun de ces régimes, un service dédié à l'ASPA – dit « SASPA » – est compétent. Confiée à la Caisse des dépôts et consignations, sa gestion sera transférée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) au plus tard en 2020, aux termes de l'article 104 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 (2).

– financée, au titre de la solidarité nationale, par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

● Le niveau et le plafond d'éligibilité à l'ASPA, qui sont identiques, sont définis par décret (3) et revalorisés chaque année, au 1er avril, à partir de l'inflation constatée. La revalorisation du 1er avril 2017 a porté son montant à :

– 803,20 euros pour une personne seule ;

– 1 246,97 euros pour un couple.

---

(1) Ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

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

(3) Décret n° 2014-1215 du 20 octobre 2014 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

DOCUMENT PROVISOIRE

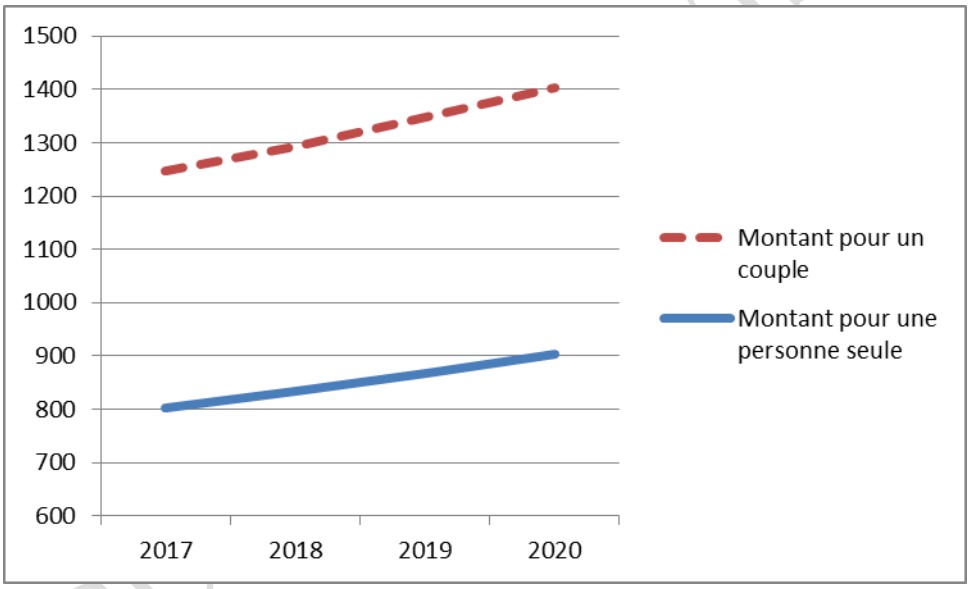
II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. La revalorisation sur trois ans de l'ASPA

L'article 28 prévoit la revalorisation de l'ASPA – et des allocations constitutives de l'ancien minimum vieillesse – en trois ans. Le plafond de ressources est revalorisé dans les mêmes conditions.

Cette augmentation relevant du domaine réglementaire, un décret d'application sera nécessaire pour définir le nouveau montant. L'étude d'impact de l'article précise néanmoins d'ores et déjà que l'ASPA augmenterait, pour une personne seule, de 30 euros en 2018 puis de 35 euros en 2019 et en 2020, passant ainsi de 803,30 euros à 903,30 euros. Les couples éligibles à l'ASPA bénéficieraient d'une augmentation identique de 12,4 % sur la période, passant de 1 246,97 à 1 402 euros.

AUGMENTATION PROJETÉE DE L'ASPA MENSUELLE (EN EUROS)



Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir du projet de loi.

Le **I** de l'article pose le principe d'une revalorisation par décret sur la période 2018 – 2020. Le **II** prévoit un dispositif identique pour le cas spécifique de Mayotte.

Selon le Gouvernement, 46 000 nouveaux bénéficiaires devraient être éligibles à l'ASPA, s'ajoutant aux 550 300 allocataires actuels. Sur la base de cette projection, le coût de la revalorisation s'élèverait à 525 millions d'euros sur trois ans. Cette estimation, qui intègre l'inflation prévisionnelle, ne tient toutefois pas compte de l'avancement d'avril à janvier de la date de revalorisation annuelle de l'ASPA, prévu à l'article 29. Le versement plus tôt dans l'année de l'ASPA revalorisée devrait donc conduire au bénéfice anticipe de ces revalorisations et à un coût légèrement supérieur.

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 29

Harmonisation des dates de revalorisation des pensions de retraite de base et de l'ASPA

L'article harmonise les dates de revalorisation des pensions de retraite et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), fixées au 1er janvier à compter de 2019.

S'agissant de l'ASPA, l'anticipation de la revalorisation – passant d'avril à janvier – entraînera une mise en œuvre plus rapide de l'augmentation prévue à l'article 28 pour les années 2019 et 2020.

S'agissant des pensions de retraite, l'article programme la prochaine revalorisation au 1er janvier 2019.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

Les pensions de retraite de base du régime général et des régimes alignés – la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants – et l'ASPA – ou les anciennes formes de minimum vieillesse – ont longtemps été revalorisées à la même échéance, au 1er avril de chaque année. Leur montant se voit appliquer une indexation identique, reposant sur l'inflation constatée les douze mois précédents.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites (1) a néanmoins introduit un décalage entre ces deux revalorisations, en reportant celle applicable aux pensions de retraite du 1er avril au 1er octobre. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, ce report a généré des économies estimées à 900 millions d'euros en 2014 puis 1,2 milliard d'euros en 2015 et en 2016.

En 2017, les pensions ont ainsi augmenté de :

– + 0,3 % en avril, concernant l'ASPA ;

– + 0,8 % en octobre, concernant les retraites de base.

Dans le cas spécifique de Mayotte, l'ASPA est aujourd'hui revalorisée dans les conditions applicables aux pensions d'invalidité (2). Il s'agit en réalité d'une indexation identique à celle prévue pour l'ASPA de droit commun, les deux types de pensions renvoyant au même article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

(1) Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

(2) Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

DOCUMENT PROVISOIRE

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

L'article 29 modifie les règles de revalorisation des pensions de retraite de base et de l'ASPA.

Le **I** fixe au 1er janvier l'échéance de revalorisation annuelle des pensions, s'agissant à la fois des retraites de base (**1°**) et de l'ASPA (**2°**).

Le **II** procède à une modification identique pour Mayotte, clarifiant à cette occasion le renvoi aux dispositions de l'ASPA dans le code de la sécurité sociale.

Le **III** fixe au 1er janvier 2019 la prochaine revalorisation des pensions de retraite de base.

Le **IV** fixe l'entrée en vigueur de la nouvelle échéance de revalorisation applicable à l'ASPA au 31 décembre 2018. En 2018, la revalorisation interviendra donc à nouveau en avril.

DATES DE REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITE ET DE L'ASPA

	Pensions de retraite	**ASPA**
2017	1er octobre	1er avril
2018	absence de revalorisation	1er avril
2019	1er janvier	1er janvier

Source : Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, à partir du projet de loi.

Le gain généré par cette mesure est estimé à 380 millions d'euros en 2018, selon l'étude d'impact. Il devrait être néanmoins inférieur à ce niveau, l'estimation ne prenant pas en compte les augmentations de l'ASPA prévues à l'article 28 du projet de loi. Les augmentations de 35 euros de l'ASPA en 2019 et 2020 seront de fait versées dès janvier et entraîneront un coût supplémentaire de 20 millions d'euros chacune de ces années, selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 30

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Cet article porte approbation des objectifs de la branche vieillesse, tels qu'ils ressortent des articles du projet de loi, et notamment des dispositions du titre II de la quatrième partie.

L'objectif de dépense de la branche vieillesse est fixé par cet article à 236,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et 133,6 milliards d'euros pour le régime général, soit respectivement 8,7 milliards et 5,3 milliards d'euros de plus qu'en 2017.

● L'objectif du régime général est rehaussé de 4,4 milliards par rapport au tendanciel (129 milliards) tel qu'il ressortait des dernières prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale, pour tenir compte de la suppression du régime sociale des indépendants (RSI).

NIVEAU DE DÉPENSES TENDANCIEL (EN MILLIARDS)	129,2
MESURES NOUVELLES	EFFET SUR LES COMPTES
Décalage de la date de revalorisation des pensions	– 0,3
Intégration des pensionnés du RSI	+ 7,9
Annulation du transfert d'équilibrage vers le RSI	– 1,6
Annulation de la compensation démographique	– 1,5
OBJECTIF DE DEPENSES 2018	133,6

● L'objectif des régimes de base est inférieur de 600 millions d'euros par rapport au tendanciel (237 milliards), grâce notamment au décalage de la date de revalorisation

DOCUMENT PROVISOIRE

NIVEAU DE DÉPENSES TENDANCIEL (EN MILLIARDS)	237,0
MESURES NOUVELLES	EFFET SUR LES COMPTES
Décalage de la date de revalorisation des pensions	– 0,4
OBJECTIF DE DEPENSES 2018	236,4 (1)

*

* *

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 31
Indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale

Le présent article tend à améliorer la prise en charge des victimes de maladies professionnelles. Il leur permet de bénéficier des prestations et des indemnités prévues par la législation relative aux maladies professionnelles dès la date de la première constatation médicale de la maladie, et non plus à partir de celle du certificat médical faisant état du lien possible entre la pathologie et l'activité professionnelle.

1. Le droit existant

a. Le dispositif issu de la LFSS pour 1999

Les victimes de maladies professionnelles bénéficient des prestations et indemnités prévues par la législation relative aux maladies professionnelles à compter de la date de l'accident, date assimilée, aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, à « *la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle* ». Ce certificat est aussi dénommé « certificat médical initial ».

Le droit au bénéfice de ces prestations et indemnités est ouvert pendant un délai de deux ans. Le point de départ de ce délai court :

– soit, conformément à l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale, à compter de la date de l'accident, c'est-à-dire, conformément à l'article L. 461-1 précité, à compter de la date à laquelle est établi le certificat médical initial mentionnant l'origine professionnelle de la maladie ;

(1) Les 0,2M manquants ne nous ont pas été expliqués par les services.

DOCUMENT PROVISOIRE

– soit à compter de la cessation du travail, à la condition que la victime ait déjà été informée de l'origine professionnelle de sa maladie, conformément à l'article L. 461-5 du même code.

La définition de la date de l'accident a été modifiée par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Auparavant, la date retenue était celle de la première constatation médicale de la maladie, que l'origine professionnelle de celle-ci soit ou non présumée à cette date. Claude Evin, alors rapporteur du PLFSS, justifiait cette évolution par la nécessité de modifier le délai de prescription de deux ans pour les victimes d'une maladie professionnelle dans un sens qui leur serait plus favorable. Il notait ainsi dans son rapport que « *par l'absence de connaissance du lien possible entre leur maladie et leur ancien travail, beaucoup d'entre elles se trouvaient forcloses et considéraient à juste titre le système comme inéquitable. Ce délai de prescription ne devra donc plus courir à compter de la première constatation médicale de la maladie, mais de l'information de la victime par certificat médical du lien possible entre sa maladie et son activité professionnelle passée* ».

b. Les limites du dispositif actuel

● La règle actuelle reste tout d'abord défavorable aux victimes de maladies professionnelles dans la mesure où elles perdent le bénéfice de prestations plus favorables tant que l'origine professionnelle de la maladie n'est pas établie.

En effet, la reconnaissance d'une maladie professionnelle a des conséquences importantes en matière d'amélioration de l'indemnisation de l'assuré, comparativement à celle du risque maladie. Les prestations en nature sont prises en charge à 100 % – contre 80 % en maladie, sans que l'assuré n'ait à faire l'avance de frais. Concernant les prestations en espèce, le régime est également plus favorable puisque les indemnités journalières correspondent à 60 % du salaire le premier mois et à 80 % au-delà, au lieu d'une indemnisation à hauteur de 50 % du salaire en maladie.

Or, dans la majorité des cas, l'origine professionnelle de la maladie est constatée après la survenue de celle-ci. Ainsi, d'après une étude de la CNAMTS de 2013 citée dans l'étude d'impact, le délai moyen entre la date de la première constatation médicale de la maladie et celle du certificat établissant le lien possible avec l'activité professionnelle est de 6,9 mois, avec d'importants écarts selon le type de pathologie.

De ce fait, lorsque l'origine professionnelle de la maladie n'est pas immédiatement identifiée, la victime ne peut bénéficier dès le départ d'une indemnisation selon les règles relatives aux maladies professionnelles, alors même que son affection est bien, dès l'origine, due au travail.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Une autre difficulté tient à la jurisprudence de la Cour de cassation.

Alors que les caisses primaires d'assurance maladie, conformément à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, retiennent la date du certificat établissant un lien possible entre la maladie et le travail, dit « certificat médical initial », comme point de départ des prestations et indemnités qu'elles sont amenées à verser au titre d'une maladie professionnelle, la Cour de cassation écarte systématiquement, depuis 2007, l'application de cet article pour considérer que la prise en charge doit prendre effet à compter de la date de la première constatation médicale de la maladie.

Bien que favorable aux victimes de maladies professionnelles, cette jurisprudence pose des problèmes d'égalité devant la loi dans la mesure où elle aboutit à traiter différemment les victimes selon qu'elles ont ou non initié un contentieux.

2. Le dispositif proposé

Afin d'améliorer la prise en charge des victimes de maladies professionnelles, le présent article modifie la date à partir de laquelle elles peuvent bénéficier d'une indemnisation selon les règles propres aux maladies professionnelles, sans pour autant modifier le point de départ du délai de prescription, qui reste fixé à la date d'établissement du certificat médical initial.

● Le point de départ de l'indemnisation :

Le **1°** du **I** tend à modifier l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale afin d'assimiler la date de l'accident, et donc le point de départ de l'indemnisation des maladies professionnelles, à « *la date de la première constatation médicale de la maladie* », et non plus à celle, souvent postérieure, de l'établissement du certificat médical initial.

Depuis un décret du 7 juin 2016 [(1)], la date de la première constatation médicale de la maladie est définie à l'article D. 461-1-1 du code de la sécurité sociale comme « *la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées par un médecin avant même que le diagnostic ne soit établi* ». Elle est fixée par le médecin conseil.

La date du début de l'indemnisation ne peut toutefois pas précéder de plus de deux ans la déclaration de maladie professionnelle, faite par la victime à la caisse primaire d'assurance maladie. Selon l'étude d'impact, ce délai maximum de deux ans est justifié « *tant pour des raisons opérationnelles que pour limiter l'impact de la mesure sur le taux de cotisation des employeurs concernés* ».

---

(1) Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le point de départ du délai de prescription :

Le délai de prescription n'est en revanche pas modifié. Le **1°** du **I** précise, à l'article L. 461-1 précité, que ce délai court à compter de la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle.

Le **2°** du **I** procède à une modification de coordination à l'article L. 461-5.

● Le **II** prévoit que la mesure sera applicable aux demandes de reconnaissance de maladies professionnelles reçues par les caisses primaires d'assurance maladie à compter du 1er juillet 2018.

*

* *

Article 32

Dotations au FIVA, au FCAATA et transfert au titre de la sous-déclaration AT-MP

Cet article porte approbation de dotations de la branche AT-MP vers deux fonds finançant des risques professionnels liés à l'amiante ainsi que le transfert récurrent vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles pour l'année 2018.

● Le **I** prévoit une contribution de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) de 270 millions d'euros en 2018, soit le même montant qu'en 2017.

L'évaluation préalable [(1)] de cet article fait état, comme en 2017 [(2)], d'une situation favorable du fonds qui bénéficiera, outre la contribution de la branche, d'une dotation de l'État de 7,8 millions et d'autres produits (88,9 millions d'euros), ainsi que d'un fonds de roulement important (80,9 millions d'euros) lui permettant de faire face aux 375,3 millions d'euros de dépenses prévues en 2018. Le résultat prévisionnel du fonds en 2018 devrait être meilleur qu'en 2017 (– 16,4 millions au lieu de – 43,8 millions) notamment grâce à une nouvelle diminution des charges, malgré une hausse limitée des recettes.

● Le **II** prévoit une contribution de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) de 613 millions d'euros en 2018.

(1) Annexe 10, p. 263.

(2) On pourra utilement se référer au commentaire de l'article 3.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le fonds finance l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante, leurs cotisations retraite de base et complémentaire et le financement auprès de la branche vieillesse des départs à 60 ans des travailleurs de l'amiante.

La FCAATA disposait après l'exécution 2014 d'excédents significatifs lesquels ont été épuisés jusqu'en 2016 par des résultats déficitaires. Après un léger déficit de 7 millions d'euros en 2017, l'objectif financier pour 2018 est d'obtenir un excédent permettant de couvrir ce solde négatif cumulé.

À partir de cet exercice, les recettes de la FCAATA seront quasi-exclusivement composées de la contribution de la branche du régime général AT-MP [(1)], les recettes ayant vocation à s'ajuster à la diminution tendancielle des dépenses. La contribution est ainsi en diminution de 2,1 % alors même que les dépenses diminueront sur la même période de 4,7 %.

● Le **III** prévoit un reversement d'1 milliard d'euros de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Il s'agit d'un transfert légalement obligatoire (article L. 176-1 du code de la sécurité sociale) qui correspond au constat que pour des raisons multiples (méconnaissance, complexité de la procédure, manque de médecins du travail, …), des pathologies relevant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont prises en charge par la branche maladie.

Ce montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale [(2)], conformément aux prescriptions de l'article L. 176-2, sur le fondement du rapport d'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes remis tous les trois ans qui évalue le coût réel de cette sous-déclaration. Ces rapports ont, de manière coutumière, encadré ce coût dans des bornes. Le dernier rapport en date [(3)] situait ainsi son estimation entre 815 millions et 1,53 milliards d'euros. Le montant choisi, identique aux trois années précédentes malgré un rehaussement de l'estimation en 2017, est plus proche de la borne basse que de la borne haute.

● Le **IV** prévoit les montants des dépenses prises en charge par la branche AT-MP au titre de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains risques professionnels et au compte professionnel de prévention, à savoir 186 millions d'euros pour les salariés du régime général et 8 millions d'euros pour les salariés agricoles.

Ce montant résulte de la montée en charge de l'ouverture au 1er octobre 2017 du compte personnel de prévention et du nouveau dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente issus de l'ordonnance du 22 septembre

---

(1) Il devrait demeurer une participation de 200 000 euros du régime AT-MP des salariés agricoles, correspondant au volume de ses assurés dans l'ensemble des bénéficiaires de la FCAATA.

(2) Cet article ayant une valeur législative ordinaire, il ne saurait être regardé comme étendant le domaine obligatoire des lois de financement qui peuvent y déroger, comme toute loi postérieure.

(3) http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_sous-declarato_atmp_10_07.pdf

DOCUMENT PROVISOIRE

dernier [1]. L'étude préalable [2] indique la ventilation de ces nouvelles prises en charge : 82 millions d'euros financeront le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente pour les taux d'incapacité permanente pour ses nouveaux bénéficiaires [3] et 104 millions d'euros financeront le compte professionnel de prévention (CPP). Parmi ces 186 millions d'euros, 8 seront orientés vers le régime agricole, pour lequel le poids du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (5,5 millions) sera beaucoup plus important que le CPP.

Le rapporteur général souligne la pertinence du transfert des nouveaux dispositifs de prévention vers la branche accidents du travail et maladies professionnelles, de nature à favoriser une réflexion d'ensemble sur la prise en charge de la prévention au travail reposant sur une responsabilisation incitative.

*

* *

Article 33

Objectifs de dépense de la branche AT-MP

Cet article a pour objet l'approbation des objectifs de dépense de la branche AT-MP pour l'année 2018, tel qu'il ressortirait de l'adoption de l'ensemble des dispositions du titre III.

● L'objectif de dépense de la branche accidents du travail-maladie professionnelle (AT-MP) est fixé par cet article à 13,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et 12,2 milliards d'euros pour le régime général, respectivement en hausse de 400 et 300 millions d'euros par rapport aux dépenses constatées en 2017.

● Ces deux objectifs sont en légère diminution par rapport au tendanciel tel qu'il ressort du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 28 septembre dernier (respectivement 13,7 milliards pour les régimes obligatoires et 12,3 milliards pour le régime général).

Ces écarts correspondent à deux mesures nouvelles : la création d'une branche accidents du travail pour les marins (+ 100 millions d'euros pour les régimes obligatoires de base) et l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale [4] (+ 65 millions d'euros pour le régime général).

---

(1) Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention

(2) Annexe 10, p. 263.

(3) Ces nouveaux bénéficiaires sont les personnes atteintes de maladie professionnelle, ayant un taux d'incapacité permanente situé entre 10 et 19% et qui ont été exposées pendant moins de 17 ans au facteur de risque concerné.

(4) On pourra utilement se référer au commentaire de l'article 31 qui précise les modalités de cette mesure.

DOCUMENT PROVISOIRE

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE IER
Dispositions relatives à la prévention

Article 34
Vaccination obligatoire des enfants

En France l'obligation vaccinale date de 1902 avec la publication d'une loi imposant la vaccination antivariolique [(1)]. Elle est étendue en 1938 au vaccin antidiphtérique [(2)], en 1940 à l'anatoxine antivariolique [(3)], en 1950 au BCG et en 1964 au vaccin antipoliomyélitique.

Le code de la santé publique impose aujourd'hui l'obligation vaccinale à trois vaccins : antivariolique, antidiphtérique et antipoliomyélitique. S'agissant du BCG, l'obligation a été suspendue en 2007. Les autres vaccins existants font, quant à eux, l'objet de recommandations.

Prenant acte d'une insuffisante couverture vaccinale ainsi que de l'émergence de foyers épidémiologiques, le présent article vise à étendre l'obligation vaccinale pour les enfants de moins de 24 mois aux vaccins aujourd'hui recommandés.

Au terme du projet de loi, l'obligation vaccinale comporterait 11 vaccins. La mesure entrerait en vigueur à partir du 1er juin 2018 et s'appliquerait aux enfants nés au 1er janvier 2018.

Elle s'accompagne enfin de l'abrogation des dispositions du code de la santé publique réprimant spécifiquement le non-respect de l'obligation vaccinale.

I. UNE EXTENSION MOTIVÉE PAR UNE INSUFFISANTE COUVERTURE VACCINALE

La vaccination reste l'un des meilleurs moyens pour prévenir et juguler les maladies infectieuses graves. Elle protège l'intéressé contre les microbes qui en sont à l'origine tout en évitant leur propagation à l'ensemble de la population lorsque la maladie se révèle contagieuse.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Article 6 de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique

(2) Loi du 25 juin 1938 tendant à rendre obligatoire la vaccination antidiphtérique

(3) Loi du 24 novembre 1940 instituant l'obligation de la vaccination antitétanique associée à la vaccination antidiphtérique

1. Le cadre général de l'obligation vaccinale

S'agissant de l'exercice d'un pouvoir de police sanitaire de l'État, mettant en cause certaines libertés individuelles, seul le législateur est compétent en matière de détermination de l'obligation vaccinale [(1)], conformément à la jurisprudence constante du Conseil d'État [(2)].

Sous l'autorité du ministre chargé de la santé et après avis du Haut Conseil de la santé publique, un calendrier vaccinal est publié chaque année. Il fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge. Il est assorti de recommandations générales – portant par exemple sur la politique vaccinale – et de recommandations particulières – portant par exemple sur les risques accrus d'exposition ou de transmission. Le dernier calendrier a ainsi été publié en avril 2017 [(3)].

Pour la population générale, le calendrier vaccinal comporte des vaccinations obligatoires et des vaccins recommandés. Il peut aussi être fait mention des personnes pour lesquelles des obligations particulières sont imposées par la loi ou les règlements.

a. Les vaccins obligatoires

L'obligation de vaccination est prévue par les articles L. 3111-2 et L. 3111-3 du code de la santé publique et concerne trois vaccins, sauf contre-indication médicale.

L'article L. 3111-2 impose la simultanéité des vaccinations antidiphtériques et antitétaniques, la justification de cette vaccination étant obligatoire pour toute admission dans une collectivité d'enfants (crèche, garderie, institution scolaire…). L'article L. 3111-3 a trait à la vaccination antipoliomyélitique.

Ces vaccinations doivent avoir lieu avant l'âge de dix-huit mois. Cette obligation comprend la primo-vaccination ainsi que les rappels nécessaires qui varient selon l'âge des patients.

Cette obligation est assortie de sanctions pénales pour tout refus de se soumettre ou toute entrave. L'article L. 3116-4 du code de la santé publique prévoit ainsi six mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende pour les titulaires de l'autorité parentale et les personnes exerçant la tutelle. Dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel a affirmé que l'obligation d'effectuer sur un enfant les vaccinations assortie d'une sanction pénale en cas de non-respect ne porte pas atteinte à l'exigence constitutionnelle de

---

(1) Le code prévoit cependant un transfert au pouvoir réglementaire en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie (art. L. 3111-8).

(2) CE, 12 décembre 1953, Union nationale des associations familiales ; *CE, 29 juillet 1994,* Courty ; *CE, 15 novembre 1996,* Association Liberté, Information, Santé.

(3) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf.

DOCUMENT PROVISOIRE

protection de la santé [1]. Surtout, le juge constitutionnel se refuse à apprécier le fondement scientifique du choix réalisé par le législateur de rendre un vaccin obligatoire.

b. Les vaccins recommandés

Les autres vaccins sont recommandés et concernent des populations (enfants ou adolescents) ou des situations particulières (grippe saisonnière, varicelle,…). La distinction obligation/recommandation semble toutefois brouiller la portée de la politique vaccinale. Cette distinction, initialement justifiée par la banalisation de la vaccination assortie à la diffusion de nouveaux vaccins, est aujourd'hui inopérante. On observe d'une part la résurgence de foyers infectieux portant sur des maladies pour lesquelles la vaccination est recommandée, d'autre part, un net recul de la pratique vaccinale. Le rapport de Mme Sandrine Hurel a notamment souligné l'assimilation de la notion de recommandation au caractère simplement facultatif [2], y compris par les professions de santé alors que la recommandation vise à répondre à un objectif de santé publique visant à circonscrire un risque épidémiologique.

Or, il suffit de parcourir le récent calendrier vaccinal pour constater combien ces recommandations sont importantes. Dans le cas de la lutte contre la coqueluche, il est recommandé aux adultes de se faire vacciner en cas de projet parental. Dans le cadre de la « *stratégie du cocooning* », cette recommandation concerne la personne en état de grossesse, le conjoint ou la fratrie. Ces recommandations s'appliquent aussi aux personnels soignants ou aux personnes dont les activités professionnelles les mettent en contact avec des populations fragilisées.

c. Les obligations particulières

Pour les populations particulières ou des zones géographiques, les textes peuvent prévoir des obligations spécifiques.

L'article L. 3111-4 du code de la santé publique impose des obligations pour des personnes exerçant des professions, notamment médicales et paramédicales, ainsi que pour les étudiants et élèves se préparant à ces métiers. Il impose l'immunisation contre « *l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe* ».

Introduit par la loi de modernisation de notre système de santé [3], l'article L. 3111-4-1 du même code impose aux thanatopracteurs « *en formation pratique et en exercice* » la vaccination contre l'hépatite B.

---

(1) Cons. const. 20 mars 2015, n° 2015-458 QPC, Épx L.

(2) Mme Sandrine Hurel, rapport sur la politique vaccinale, janvier 2016.

(3) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le statut de personnel militaire impose aussi la prescription de vaccinations dont le panel est plus large que pour la population générale. Le calendrier vaccinal comprend les vaccinations obligatoires ainsi que les vaccinations de caractère réglementaire inhérentes aux objectifs des armées.

La vaccination s'impose aussi dans certaines zones géographiques comme la Guyane. L'article L. 3111-6 oblige ainsi à la vaccination contre la fièvre jaune pour toute personne âgée de plus d'un an y résidant ou séjournant.

2. Une extension doublement motivée

L'extension de l'obligation vaccinale répond à une nécessité sanitaire doublée d'une nécessité juridique.

a. Une nécessaire réponse sanitaire

Le rapport remis par Mme Hurel constate un taux élevé de couverture vaccinale pour les vaccinations à caractère obligatoire alors qu'il relève en revanche une insuffisance quant à la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), contre la méningite à méningocoque du groupe C ou l'hépatite B.

Du reste, le dernier état de santé de la population montre que si la couverture vaccinale chez le nourrisson est élevée pour certaines vaccinations, elle doit être nettement améliorée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole « *dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale* » : le taux est de 90,6 % pour la première dose mais tombe à 76,8 % pour la seconde. La même enquête appelle à l'amélioration de la couverture vaccinale pour l'hépatite B (83,1 %) et pour le méningocoque du groupe C dont le taux de couverture s'établit à 64 % [(1)].

Ces faibles taux de couverture ne permettent pas d'interrompre la circulation de virus ni l'apparition de lourdes séquelles ou encore d'éviter la mortalité. La couverture vaccinale contre la rougeole est notoirement insuffisante pour correspondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (95 %). Elle ne permet pas non plus de satisfaire des engagements internationaux visant à son éradication comme dans le cas de la rubéole, qui rappelons-le, est une maladie responsable de malformations congénitales. L'infection à méningocoque C se traduit par des amputations ou des séquelles d'ordre mental, les infections à pneumocoque se traduisent par des décès, l'hépatite B peut conduire au décès mais entraîne aussi l'apparition de pathologies chroniques (cirrhose ou cancer du foie).

En définitive, élargir l'obligation vaccinale, en privilégiant les enfants de moins de deux ans constitue une mesure propre à améliorer l'état de santé de la population, à diminuer les risques d'apparition de la maladie voire à l'éradiquer.

---

(1) DREES, L'état de santé de la population en France, rapport 2017.

DOCUMENT PROVISOIRE

L'efficacité vaccinale à cet âge est aussi plus élevée que chez l'adulte. En d'autres termes, il s'agit d'une mesure essentielle de santé publique.

b. La nécessité juridique de mettre fin à la confusion entre obligation et recommandation

● La distinction entre le périmètre des vaccins obligatoires et celui des vaccins recommandés repose aujourd'hui sur des critères difficilement identifiables, au risque d'être mal interprétée par le grand public**.**

Ces deux périmètres ont toujours évolué en fonction des risques sanitaires et, le cas échéant, du succès des politiques vaccinales dans l'éradication de certaines maladies. Ainsi, l'obligation de vaccination antivariolique a été suspendue en 1979 de même que la vaccination contre la grippe en 2006.

Cependant, certaines incohérences sont régulièrement relevées dans le choix de ces périmètres : ainsi des vaccins recommandés depuis près de 50 ans ne sont pas devenus obligatoires, de même que ceux portant sur des maladies au moins aussi dangereuses que les trois valences obligatoires (hépatite B, papillomavirus).

La coexistence de vaccins obligatoires et recommandés peut aujourd'hui laisser penser à tort que les seconds n'ont qu'une faible valeur ajoutée pour la santé publique, qui explique très largement la faiblesse de couvertures vaccinales dont les enjeux de santé publique sont pourtant très importants (rougeole, rubéole, oreillons).

● Cette distinction emporte des conséquences juridiques importantes**.** En effet, si le caractère obligatoire est indifférent en matière de remboursement [(1)], il commande le régime de responsabilité : la réparation des dommages causés par une vaccination obligatoire peut être entièrement réalisée auprès de l'office national de l'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), sans préjudice des voies de recours normales [(2)]. S'agissant d'une vaccination non-obligatoire (même recommandée), la victime doit exercer les actions de responsabilité de droit commun (administrative ou judiciaire selon les cas) moins faciles à mettre en œuvre.

Par ailleurs, la méconnaissance de l'obligation de vaccination peut entraîner des sanctions administratives (refus d'inscription des enfants non vaccinés) et pénales (articles L. 3116-4 et R. 3116-1 du code de la santé publique).

● Aujourd'hui, la confusion entre les vaccins se retrouve en pratique dans l'offre vaccinale puisque les Français n'ont plus à leur disposition pour accomplir

---

(1) Le ministre détermine par voie d'arrêté la liste des vaccins pris en charge conformément à l'article L. 321-1 du code de la santé publique.

(2) Article L. 3111-9 du code de la santé publique.

DOCUMENT PROVISOIRE

l'obligation vaccinale depuis une dizaine d'années que des vaccins comprenant des valences à la fois obligatoires et recommandées (on parle de tétravalence, de pentavalence ou d'hexavalence).

Dans une décision du 8 février 2017 [(1)], le Conseil d'État a enjoint le ministre d'exercer pleinement sa compétence auprès des industries pharmaceutiques sous six mois afin de permettre au public de disposer d'un vaccin trivalent DTP permettant de se conformer aux seules obligations légales. La haute juridiction administrative a en effet estimé que le pouvoir réglementaire avait méconnu sa compétence en ne mettant pas en œuvre tout ce qui est en son pouvoir pour tenir compte de la distinction faite par le législateur entre vaccins obligatoires et vaccins recommandés, ces derniers devant rester facultatifs dans les faits tant qu'ils le sont en droit.

En revanche, le Conseil d'État a rejeté dans la même décision le moyen, soulevé par les requérants, tiré de ce que les adjuvants et la valence contre l'hépatite B seraient dangereux, soulignant que la vaccination hexavalente en cause fait l'objet d'une procédure de recommandation sérieuse et circonstanciée par le Haut conseil de la santé publique. C'est un point crucial que le rapporteur aimerait souligner.

3. Une extension qui entraîne un coût

L'élargissement du calendrier vaccinal implique un coût pour l'assurance maladie. La question du reste à charge pour le patient doit également être posée.

Selon l'étude d'impact jointe à l'appui du projet de loi, l'extension de l'obligation se traduira par un surcoût d'environ 12 millions d'euros en année pleine pour une couverture de 95 %. Ce surcoût couvre le remboursement des vaccins à proprement parler ainsi que celui des consultations.

La prise en charge de la vaccination par l'assurance maladie obligatoire varie selon le professionnel de santé considérée. Elle est de 70 % si elle est réalisée par un médecin ou une sage-femme, de 60 % par un infirmier sur prescription médicale. Elle s'élève à 100 % pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée. Enfin, il convient de noter qu'aux termes de l'article L. 3111-11 du code de la santé publique, « *les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites* » : c'est notamment le cas des vaccinations réalisées en PMI pour les enfants de moins de 6 ans ou les centres de vaccination.

S'agissant du vaccin à proprement parler, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est de 65 %. Pour le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR), la prise en charge est intégrale pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus.

---

(1) CE, 8 février 2017, M. B. *n°397151.*

DOCUMENT PROVISOIRE

II. LE DISPOSITIF PORTÉ PAR L'ARTICLE

1. L'extension de l'obligation vaccinale

Le **I** vise à modifier les dispositions du code de la santé publique relative à la vaccination. Il modifie le cadre général relatif à la politique vaccinale dont la mesure la plus importante – l'extension de l'obligation vaccinale – est portée par le 2°.

Le **1°** a pour objet de modifier l'article L. 3111-1 qui prévoit l'élaboration de la politique vaccinale par l'État et la participation de certains professionnels de santé à sa mise en œuvre. Le deuxième alinéa de cet article prévoit la possibilité de suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations vaccinales compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques. Ces dispositions concernent jusqu'à présent les vaccins obligatoires (articles L. 3111-2 et L. 3111-3), les vaccins exigés pour les professionnels, notamment de santé, en contact avec des populations à risque (article L. 3111-4), ainsi que la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG qui, du reste est suspendue aux termes d'un décret de 2007 [(1)]. Cette possibilité est désormais étendue aux thanatopracteurs obligatoirement vaccinés contre l'hépatite B (l'article L. 3411-4-1 devenant l'article L. 3411-3 au terme du 4° du présent I) ainsi qu'à la vaccination contre la fièvre jaune pour la Guyane (ajout de l'article L. 3411-6). La levée de l'obligation pourrait être effective dès lors qu'une couverture vaccinale optimale sera atteinte et dans la mesure où elle ne se traduira pas par une baisse des vaccinations.

Le **2°** procède la rédaction de l'article L. 3111-2 et définit le nouveau calendrier vaccinal.

Le I de l'article L. 3111-2 liste les onze vaccins faisant l'objet d'une obligation vaccinale et comporte, outre les trois vaccins aujourd'hui obligatoires, huit vaccins faisant actuellement l'objet de recommandations. Certains d'entre eux sont déjà proposés à l'injection par la mise à disposition de vaccins tétravalents, pentavalents ou hexavalents (coqueluche, infections à Haemophilus influenzae de type B et hépatite B). Les autres font l'objet de vaccins à part comme celui contre la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

Le même I dispose que la vaccination est pratiquée dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Le II dispose que les parents ou les personnes en charge de la tutelle des mineurs sont personnellement tenus responsables de l'exécution de l'obligation vaccinale. Cette disposition n'est pas nouvelle et ne fait que reprendre le droit existant. Cette responsabilité se traduit notamment par la justification de l'exécution de l'obligation lorsque l'enfant est en collectivité. Cela étant, cette

---

(1) Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

DOCUMENT PROVISOIRE

justification n'est plus seulement exigée en cas d'admission. Elle le sera aussi pour le maintien de l'enfant dans cette collectivité. En tout état de cause, un délai sera laissé pour accompagner les parents dans la démarche comme c'est le cas aujourd'hui (1). Il ne s'agit donc pas d'une mesure sèche.

Le **3°** procède à l'abrogation de l'article L. 3111-3 qui prévoyait l'obligation de la vaccination antipoliomyélitique rendue désormais inutile par la nouvelle rédaction de l'article L. 3111-2.

Le **4°** vise à donner une nouvelle numérotation à l'article L. 3411-4-1 relatif à l'obligation de la vaccination contre l'hépatite B pour les thanatopracteurs en formation ou en exercice. Il devient l'article L. 3111-3.

Le **5°** procède à une modification d'ordre légistique au sein de l'article L. 3111-9, relatif à la réparation intégrale des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire. La portée de l'article est étendue à l'ensemble du titre Ier alors qu'il est désormais consacré à la réparation des seuls vaccins DTP. Cette référence permettra d'embrasser le chapitre Ier, qui concerne des vaccins obligatoires, et le chapitre II qui concerne le BCG.

2. La suppression de sanctions particulières prévues par le code de la santé publique

Le **II** vise à supprimer les sanctions spécifiques au non-respect de l'obligation vaccinale.

Le **1°** modifie la portée de l'article L. 3116-1 qui prévoit la constatation des infractions relatives à l'obligation vaccinale par des officiers et agents de police judiciaire ainsi que les sanctions applicables en cas d'obstacles à l'accomplissement de leur fonction. L'article est aujourd'hui applicable aux trois vaccins obligatoires (articles L. 3111-2 et L. 3111-3), aux professionnels en contact avec les populations à risque dans les conditions fixées par l'article L. 3111-4, à l'obligation de vaccination contre la fièvre jaune en Guyane (article L. 3111-6). Cet article ne couvre pas l'obligation de vaccination des thanatopracteurs introduite par la loi de modernisation de notre système de santé et comporte des références rendues obsolètes par l'ordonnance n° 2017-9 du 5 janvier 2017 relative à la sécurité sanitaire. Cette dernière a notamment abrogé deux articles L. 3111-7 (vaccination ou revaccination antivariolique) et L. 3111-8 (vaccination contre le typhus).

Au terme du 1°, la constatation des infractions s'appliquera aux professionnels en contact avec les populations à risque dans les conditions fixées par l'article L. 3111-4. En résumé, l'article n'a plus vocation à s'appliquer aux nouvelles obligations vaccinales.

Le **2°** procède à l'abrogation des articles L. 3116-2 et L. 3116-4.

---

(1) L'article R. 3111-17 du code de la santé publique fixe un délai de trois mois.

DOCUMENT PROVISOIRE

L'article L. 3116-2 fixe le point de départ du délai de prescription de l'action publique en cas de non-respect de l'obligation vaccinale. Celle-ci peut être exercée jusqu'à l'âge de dix ans pour les vaccinations antidiphtérique et antitétanique et de quinze ans pour la vaccination antipoliomyélitique.

L'article L. 3116-4 prévoit les pénalités applicables en cas de refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination. Cet article avait été adopté dans le cadre de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et constituait la traduction législative d'une proposition adoptée par la commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire. Son objet visait, entre autres, à harmoniser les sanctions applicables en cas de non-respect des obligations vaccinales : 6 mois d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende.

Cette abrogation ne supprime pas pour autant la possibilité plus générale de poursuivre les personnes refusant de se soumettre aux obligations vaccinales.

3. Les dispositions transitoires et d'adaptation

Le **III** prévoit l'entrée en vigueur de l'obligation vaccinale. Il dispose que la justification des vaccinations, anciennement recommandées, est exigible à partir du 1er juin 2018 pour les enfants nés à compter du 1er janvier 2018.

Le **IV** prévoit l'adaptation des dispositions de l'article à Wallis-et-Futuna.

Le **A** prévoit l'application des modifications opérées sur le code de la santé publique : prise en compte de l'abrogation de l'article L. 3111-3 dans sa rédaction actuelle, renumérotation de l'article L. 3111-4-1, abrogation des poursuites et des peines particulières en cas de non soumission à l'obligation vaccinale et entrée en vigueur des nouvelles obligations vaccinales.

Le **B** vise à modifier plusieurs dispositions du code de la santé publique.

Le **1° du B** modifie l'article L. 3821-1 qui prévoit l'application adaptée des dispositions relatives à la vaccination pour Wallis-et-Futuna.

Le *a)* procède par coordination à la renumérotation de l'article L. 3111-4-1 ;

Le *b)* vise à étendre à Wallis-et-Futuna les nouvelles obligations vaccinales issues du I du présent article. Il procède également à l'application de l'article L. 3111-5 dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique. Cet article prévoit notamment les modalités de transmission à l'Agence nationale de santé publique des informations nécessaires à l'évaluation de la politique vaccinale en lieu et place de l'Institut de veille sanitaire.

Les **2°** et **3° du même B** procèdent à des mesures de coordination.

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE II
Promouvoir l'innovation en santé

Article 35
Innovation du système de santé

Cet article créé un cadre général étendu pour favoriser les expérimentations relatives à l'organisation des soins.

Des dérogations au droit existant sont ainsi rendues possibles pour permettre la mise en place d'organisations innovantes, qui pourront permettre d'enfin adopter une logique centrée sur le parcours de soins et la séquence de soins, de développer les modes d'exercice regroupé, de lutter contre les déserts médicaux, d'améliorer la pertinence de la prise en charge et celle des prescriptions.

En parallèle, il met en place le dispositif de sélection, d'appui et d'évaluation pour ces expérimentations qui fait aujourd'hui cruellement défaut, et devrait faciliter la généralisation des expérimentations réussies.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LA DIFFICILE DIFFUSION DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SANTE

1. Un enjeu de taille

Lorsque l'on évoque l'innovation dans le domaine de la santé, on pense immédiatement au progrès de la science et des techniques : biotechnologies, nanotechnologies, sciences cognitives, irruption du numérique… et moins souvent aux innovations organisationnelles, pourtant cruciales pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charges, l'efficience de notre système de santé, son accessibilité.

Pourtant, dans un cadre organisationnel figé, comment notre système de santé pourra-t-il s'adapter à la transition épidémiologique et démographique ? Comment pourra-t-il s'emparer de l'infinité de possibilités offertes par le numérique ?

La santé, qui n'est pas une activité comme une autre, doit sans aucun doute être strictement encadrée et régulée. Ce cadre ne doit pas pour autant être un carcan.

Or, s'il existe aujourd'hui des procédures de droit commun permettant d'encourager et de diffuser l'innovation en matière de médicaments et de dispositifs médicaux, des obstacles trop importants freinent encore l'innovation

organisationnelle en matière de santé. Ces difficultés ont été exposées très clairement par le Haut Conseil pour l'assurance maladie [(1)] et par l'assurance maladie dans son rapport « *Charges et produits 2018* ».

Cela ne signifie pas que les idées disruptives dans ce domaine manquent dans notre pays, bien au contraire. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les projets primés cette année aux États généraux de l'innovation organisationnelle en santé [(2)], comme la plateforme mise en place par l'hôpital Albert Schweitzer de Colmar pour dématérialiser les éléments administratifs et médicaux relatifs aux patients opérés, ou le parcours de soins coordonnés pour les patients sous chimiothérapie orale de l'Institut Gustave Roussy.

2. Un cadre juridique peu porteur

Le cadre juridique actuel, s'il n'empêche pas ces innovations, ne les encourage pas assez. Surtout, il ne permet pas leur diffusion à grande échelle, et ces innovations, même lorsqu'elles sont un succès, restent souvent des bouteilles à la mer. Pour reprendre les mots de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans son rapport « *Charges et produits 2018* », elles restent pour leur grande majorité des « *expérimentations temporaires permanentes* ».

a. Les limites de l'expérimentation locale

Le Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, permet aux Agences régionales de santé (ARS) de bénéficier d'un peu de souplesse dans la gestion de leurs crédits. Doté de 3,35 Md€ en 2017, il permet indéniablement à des projets innovants d'exister au niveau local : ainsi, parmi les projets lauréats précités des États généraux de l'innovation organisationnelle en santé, trois avaient été financés grâce au FIR.

Le positionnement régional du FIR est absolument essentiel pour faire émerger des projets répondant véritablement à des enjeux locaux et pour mobiliser les acteurs sur le terrain. Toutefois, aucun pilotage n'est aujourd'hui prévu pour permettre à ces initiatives locales, lorsqu'elles sont un succès, d'être identifiées puis généralisées au niveau national. Par ailleurs, les crédits attribués par le biais du FIR ne sont pas uniquement dédiés à l'innovation, et leur caractère temporaire reste un frein au développement de ces expérimentations.

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) *Avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie,* « Innovations et système de santé » *13 juillet 2016.3 :* http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam.pdf . .

(2) *Organisés par l'association EGIOS, on compte également parmi ces lauréats : le programme « Élan solidaire » qui permet à des patients diabétiques de devenir acteurs de leur santé ; un centre bucco-dentaire dédié aux personnes très dépendantes (CH de Janzé) ; le programme E-dent de télémédecine à destination de patients ayant difficilement accès au dentiste (CHU de Montpellier) ; le dispositif Out patient clinic, qui vise à limiter les durées des séjours hospitaliers (centre de lutte contre le cancer Léon-Bérard de Lyon), le guichet unique de Rillieux-la-Pape qui centralise l'ensemble des demandes d'aide matérielle ou humaine nécessaire à un usager ; le Pôle santé Paris 13 qui produit des outils pour aider les professionnels de l'arrondissement à mieux faire face aux défis sanitaires actuels.*

b. Les expérimentations nationales : entre lenteur du processus et rigidité du cadre

Parallèlement, des expérimentations sont également portées au niveau national, le plus souvent dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) : une vingtaine d'expérimentations ont ainsi été prévues au cours des dix dernières années.

Ces expérimentations consacrées au niveau législatif permettent de fortement mobiliser l'ensemble des acteurs, dans un cadre juridique dédié. Toutefois, le bilan que l'on peut en faire, s'il est parfois très positif, à l'exemple du projet PAERPA dédié au parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, généralisé en 2016, reste mitigé.

Au-delà de leur caractère parfois trop peu adapté aux contextes locaux, car procédant bien souvent d'une logique descendante et jacobine, c'est bien la lourdeur de leur création puis de leur mise en œuvre qui est le plus problématique.

La mise en place de parcours de soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie a ainsi nécessité deux mesures législatives successives (article 70 de la LFSS pour 2012 puis article 48 de la LFSS pour 2013) afin d'adapter la mesure aux besoins progressivement identifiés.

Surtout, le délai de déploiement de ces expérimentations est loin de la souplesse et de la réactivité nécessaires. Quelques exemples sont à ce titre éclairants : c'est notamment le cas de l'expérimentation relative aux transports sanitaires urgents pré-hospitaliers, adoptée en LFSS pour 2012, dont le décret n'a été publié qu'en décembre 2014, et qui n'a été réellement déployée qu'en 2016… Les expérimentations relatives aux hôtels hospitaliers, prévues en LFSS pour 2015, n'ont quant à elles été mises en place qu'en 2017.

Certaines de ces expérimentations n'ont même jamais eu d'application concrète. L'exemple le plus criant est sans aucun doute celui de l'organisation du transport sanitaire, pour lesquelles des expérimentations ont successivement été prévues en LFSS pour 2010, 2013 et 2014, sans qu'aucun texte d'application ne voie jamais le jour…

Par ailleurs, la profusion d'expérimentations pose une autre difficulté, celle de l'articulation entre le dispositif expérimental législatif piloté par l'État et les actions entreprises parallèlement par l'assurance maladie dans le cadre conventionnel (ou parfois même entre dispositifs législatifs). L'existence de dispositifs concurrents ne concourt évidemment pas à la lisibilité de la politique de santé ni à son efficience.

3. L'absence de dispositif d'appui à la diffusion de l'innovation

Au-delà des difficultés de mise en œuvre de ces expérimentations, tant locales que nationales, c'est souvent leur conception elle-même qui pose

DOCUMENT PROVISOIRE

problème : leur cible est insuffisamment identifiée, et leurs modalités d'évaluation ne sont pas clairement définies en amont.

La tentative d'esquisser un cadre général pour les expérimentations a été amorcée dans la LFSS pour 2014, avec la création dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 162-31-1 permettant la mise en place de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients. Ce dispositif, trop restreint, n'a pas permis la mise en place d'un véritable dispositif d'appui à l'innovation organisationnelle : aucune expérimentation n'a d'ailleurs été réalisée dans ce cadre.

Il est donc urgent de créer un cadre favorable à l'émergence d'initiatives innovantes, permettant non seulement de les encourager mais également d'appuyer leur développement, et de généraliser celles qui auront fait l'objet d'une évaluation prometteuse.

De tels programmes existent déjà à l'étranger : la CNAMTS, dans son rapport « Charges et produits 2018 », évoque notamment l'exemple des *new care models* et du *transformation fund* mis en place au Royaume-Uni, ou des expérimentations prévues au sein de l'*Affordable care Act* (« Obamacare ») aux États-Unis.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le **I** du présent article réécrit entièrement l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques.

Le présent article instaure ainsi un cadre général très large pour les expérimentations relatives à l'organisation de notre système de santé. Parallèlement, il met en place un mécanisme de sélection, d'appui et d'évaluation pour ces expérimentations, qui fait aujourd'hui cruellement défaut.

A. UN CADRE JURIDIQUE DESSERRÉ, FAVORISANT L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE

1. Les objectifs des expérimentations prévues

La réécriture du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale vise à définir un cadre général pour les expérimentations plus large que celui existant, tout en précisant leurs objets et leurs durées pour ne pas porter atteinte au principe d'égalité devant la loi, dans le droit fil de la jurisprudence du Conseil constitutionnel et afin de ne pas porter atteinte au principe d'égalité devant la loi [(1)].

---

(1) Décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013 : « si, sur le fondement de l'article 37-1 de la Constitution, le Parlement peut autoriser, dans la perspective de leur éventuelle généralisation, des

DOCUMENT PROVISOIRE

Il permet la mise en place d'expérimentations dérogeant au cadre législatif en vigueur pour une durée maximale de cinq ans.

Ces expérimentations peuvent avoir pour objectif un ou plusieurs des items suivants.

● **Favoriser l'innovation organisationnelle**, non seulement dans le secteur sanitaire, mais également dans le secteur médico-social. Ces expérimentations devront concourir à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en cherchant à :

– optimiser par une **meilleure coordination** le parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

– organiser pour une **séquence de soins** la prise en charge des patients ;

Ces expérimentations pourraient ainsi permettre de décloisonner la prise en charge des patients en rompant enfin avec la logique de silos dont souffre aujourd'hui notre système de soins à travers le **financement au parcours**.

Cette modalité de financement permet de rémunérer globalement tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des pathologies chroniques (ville et hôpital, transports, produits de santé,…) ou dans un épisode de soins - hospitalisation, les soins pré et post-opératoires, ré-hospitalisations par exemple. Ce nouveau mode de rémunération, déjà mis en place dans plusieurs pays, pourrait permettre non seulement d'améliorer la coordination entre professionnels, mais également de limiter les hospitalisations ou les actes inutiles ou inappropriés.

En outre, l'étude d'impact envisage notamment la possibilité d'ouvrir aux groupements volontaires, sélectionnés sur appel à projets, la possibilité d'un intéressement collectif intervenant en sus de la tarification de droit commun.

– **développer les modes d'exercice regroupé** en participant à la structuration des soins primaires, notamment par le biais de regroupements pluri-professionnels (maison de santé, pôle de santé, centre de santé…).

Ce mode d'exercice est non seulement plus attractif pour les jeunes professionnels de santé, mais doit également améliorer la qualité et l'accessibilité de l'offre de soins et faciliter la mise en œuvre d'une logique centrée sur le parcours de soins. De nouveaux modes de rémunération ont déjà été mis en place, avec succès, pour accompagner le développement de certaines structures (1) : de telles expériences doivent être poursuivies et encouragées.

---

expérimentations dérogeant, pour un objet et une durée limités, au principe d'égalité devant la loi, il doit en définir de façon suffisamment précise l'objet et les conditions ».

(1) Dans le cadre des dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 puis du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

DOCUMENT PROVISOIRE

– favoriser la **présence de professionnels de santé** dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Ces expérimentations pourront ainsi constituer un levier puissant pour la mise en œuvre du plan gouvernemental d'accès territorial aux soins présenté par la ministre de la santé le 13 octobre dernier.

● Améliorer la **pertinence de la prise en charge** par l'assurance maladie des produits de santé [(1)] ou des prestations associées, et la **qualité des prescriptions**, en modifiant :

– les **conditions de prise en charge des produits de santé onéreux** et des prestations associées au sein des établissements de santé – les produits sur la liste en sus notamment –, et le recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces produits de santé ;

– les **modalités de rémunération** (notamment par des mesures incitatives ou de modulation) des professionnels de santé ou des établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours à ces produits de santé ;

– les conditions d'accès au **forfait innovation** prévu par l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Le « forfait innovation »

Aux termes de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la LFSS pour 2015, tout dispositif ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale par l'assurance maladie. Cette prise en charge est conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique.

Ce « forfait innovation » doit donc permettre à la fois un accès sécurisé à des innovations de rupture pour les patients tout en réunissant de manière encadrée les données cliniques et/ou médico-économiques manquantes qui permettront de prendre une décision ultérieure de prise en charge plus robuste.

Pour le moment, selon les informations transmises au rapporteur général, seules trois dispositions ont pu bénéficier de ce dispositif depuis sa création.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Médicaments, dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17.

2. Des expérimentations qui peuvent très largement déroger au droit commun

Afin de mettre en œuvre les expérimentations, le II de l'article L. 162-31-1 liste les règles prévues par le code de la sécurité sociale relatives aux modalités de financement, de tarification et de facturation des prestations couvertes par l'assurance maladie auxquelles il peut être dérogé. L'objectif poursuivi au travers de ces dérogations est de permettre le test de nouveaux modes de financement des soins, au titre des dépenses d'assurance maladie, à travers l'intéressement collectif des acteurs contribuant au décloisonnement des prises en charges sanitaires et médico-sociale, au paiement intégré à l'épisode de soins et à la pertinence du remboursement des produits de santé.

Le 1° prévoit un certain nombre de dérogations touchant aux règles définies par le code de la sécurité sociale.

Sont ainsi visés au *a)* :

– la prise en charge des actes et prestations inscrits sur la nomenclature (L. 162-1-7) ;

– les principes et les bases de la tarification des prises en charge réalisées par les professionnels de santé libéraux communs (article L. 162-14-1) ou spécifiques (article L. 162-5 pour les médecins, L. 162-9 pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, L. 162-16-1 pour les pharmaciens, L. 162-12-2 pour les infirmiers, L. 162-12-9 pour les masseurs-kinésithérapeutes) ou en celles afférentes aux laboratoires de biologie médicale (article L. 162-14) et aux centres de santé (article L. 162-32-1) ;

– les dispositions relatives au financement des activités des établissements de santé publics et privés (*cf.* encadré ci-après). Les dispositions ne semblent pas exhaustives. Ainsi, il n'est pas prévu de déroger à la tarification transitoire prévue pour les activités de soins de suite et de réadaptation ou encore au financement des hôpitaux de proximité ;

DOCUMENT PROVISOIRE

Le périmètre de la dérogation au financement des établissements de santé

● Les activités de psychiatrie : articles L. 162-22-1 pour les établissements financés au prix de journée et L. 174-1 pour les établissements sous dotation.

● Les activités de médecine, chirurgie et obstétrique : articles L. 162-22-6 pour les catégories de prestations concernées par la tarification à l'activité, L. 162-22-6-1 pour la rémunération des consultations longues, pluridisciplinaires et pluri-professionnelles, L. 162-22-10 pour la fixation des tarifs GHS, forfaits ou dotation pour soins critiques, L. 162-22-13 à L. 162-22-15 pour la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

● Les activités de soins de suite et de réadaptation : articles L. 162-23-1 pour les catégories de prestations concernées par la dotation modulée à l'activité, L. 162-23-2 pour la fixation des tarifs GHM, la dotation « *plateaux techniques spécialisés* », la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (conjointement avec l'article L. 162-23-8) et la dotation IFAQ (qualité et sécurité de soins), L. 162-23-4 s'agissant des modalités de fixation de la dotation modulée à l'activité).

● Les actes et consultations externes : articles L. 162-26 et L. 162-26-1.

– les principes et les bases de la tarification des prises en charge de frais de transport couverts par l'assurance maladie (articles L. 322-5 et L. 322-5-2).

Le *b)* vise à déroger au principe du paiement direct des honoraires médicaux par le patient (article L. 162-2).

Le *c)* prévoit une dérogation portant sur le périmètre des frais couverts par l'assurance maladie : frais de médecine générale et spéciale, frais pharmaceutiques et d'appareils, frais d'examens de biologie médicale, frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales (1° de l'article L. 160-8), prestations de transport (2° du même article) et examens de prévention bucco-dentaire (6°).

Le *d)* déroge aux conditions de participation des assurés aux différents tarifs et frais prévues aux articles L. 160-13 à L. 160-15 ainsi qu'à l'article L. 174-4 (ticket modérateur, forfait journalier, franchises).

Le *e)* prévoit une dérogation aux principes et aux bases de la tarification des médicaments et des dispositifs médicaux en ville ou à l'hôpital.

Le 2° prévoit un certain nombre de dérogations touchant aux règles définies par le code de la santé publique.

Le *a)* vise à déroger à l'article L. 4113-5 qui interdit tout partage d'honoraires entre professionnels de santé.

Le *b)* a pour objet d'élargir le champ de l'activité des établissements de santé dont l'activité consiste à assurer « *le diagnostic, la surveillance et le*

DOCUMENT PROVISOIRE

traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes » ainsi que les actions de prévention et d'éducation à la santé. Au terme du *b)*, les hôpitaux pourront proposer des prestations temporaires d'hébergement non médicalisé aux patients, en amont ou en aval de la prestation.

Le *c)* vise à permettre la possibilité d'accorder une autorisation de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements d'établissements de santé ou de professionnels de santé. Certains groupements d'acteurs, en tant que tels, ne bénéficient pas d'une telle autorisation.

Pour les groupes d'établissements de santé, il s'agirait de viser les groupements de coopération sanitaire de moyens et les groupements hospitaliers de territoires.

Pour les groupements de professionnels de santé, sont visés les professionnels libéraux des maisons de santé pluri-professionnelles et les sociétés d'exercice des professionnels de santé. Dans ce dernier cas, une modification d'ordre réglementaire serait nécessaire pour autoriser le caractère pluri-professionnel des sociétés d'exercice.

Le *d)* prévoit aussi une dérogation afin de permettre d'expérimenter des parcours de soins adaptés à la dialyse à domicile avec l'intervention de prestataires de services. Le prestataire de service assurerait les prestations techniques et la mise à disposition du matériel nécessaire à la dialyse. Pour permettre une dispensation directe par le prestataire de service, il est nécessaire de pouvoir déroger aux règles de dispensation des produits de santé tout en restant sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'Ordre.

Le 3° du I permet enfin la dérogation aux modes de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de la sécurité sociale.

B. DES RÈGLES DE GOUVERNANCE ASSURANT LA PERTINENCE DE CES EXPÉRIMENTATIONS ET LEUR ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement, le suivi des expérimentations et leur évaluation constituent la faiblesse principale des cadres expérimentaux antérieurs.

Les modalités de gouvernance prévues au présent article doivent pallier ce manque, et garantir enfin la cohérence des expérimentations menées et leur suivi.

Ces modalités sont prévues au III de L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale modifié par le présent article.

DOCUMENT PROVISOIRE

1. Une gouvernance souple

Les expérimentations seront autorisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé pour celles à dimension nationale, et des directeurs généraux de l'ARS pour les expérimentations locales, après respectivement l'avis ou l'avis conforme de la Haute Autorité de santé (HAS).

Un comité technique, composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des ARS émettra un avis sur les expérimentations, leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation, et déterminera leur champ d'application territoriale.

Pour le rapporteur général, cette définition en amont des critères de l'évaluation est absolument essentielle, et constituera une étape clé vers une éventuelle généralisation de l'expérimentation. Selon les informations transmises par le Gouvernement, un marché-cadre multi-attributaire sera passé pour sélectionner les évaluateurs. L'appui de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux) pourrait également être précieux.

Le comité technique devra saisir pour avis la HAS des projets d'expérimentations comportant des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Les cas justifiant sa saisie et le délai dans lequel elle devra rendre son avis seront fixés par décret en Conseil d'État (ce délai pourrait être deux mois, selon les informations transmises au rapporteur général). En tout état de cause, la HAS ne sera saisie qu'en tant que de besoin, seulement si le cahier des charges de l'expérimentation le nécessite, afin de ne pas alourdir plus que nécessaire la procédure.

Un décret en Conseil d'État précisera également :

– les catégories d'expérimentations, les modalités de sélection, d'autorisation, de financement et d'évaluation des expérimentations. Il s'agit ainsi d'apporter dans le texte d'application des précisions par rapport à l'objet figurant au I de l'article, pour plus de sécurité juridique ;

– les modalités d'information des patients ;

– la composition et les missions du comité technique.

Selon les informations transmises au rapporteur général, un conseil stratégique sera également créé par décret. Ce conseil stratégique serait notamment chargé de formuler des propositions sur les innovations dans le système de santé. Des éléments sur la mise en œuvre des expérimentations et leurs rapports d'évaluation lui seraient systématiquement transmis. Le rapporteur général souhaite vivement que les professions de santé et les établissements de santé, entre autres, soient représentés au sein de ce conseil.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le IV de l'article L. 162-32-1 prévoit des dispositions spécifiques à la protection des données personnelles des patients dans le cadre de ces expérimentations.

Il prévoit notamment que les professionnels intervenant dans le cadre d'une expérimentation seront systématiquement réputés comme appartenant à une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique : cela leur permettra de partager les données nécessaires à la prise en charge du patient, dont le consentement est présumé.

Par ailleurs, les personnes chargées de l'évaluation des expérimentations auront accès aux données individuelles contenues dans le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), dans le respect des conditions prévues relatives à la mise à disposition des données de santé prévues au sein du code de la santé publique. Des adaptations pourront être établies par décret en Conseil d'État. Selon les informations transmises au rapporteur général, l'avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sera notamment nécessaire dans certains cas, en fonction de la nature des données définies comme nécessaires à l'évaluation.

2. Un fonds d'appui

Pour accompagner ces innovations, la création d'un fonds pour l'innovation du système de santé est prévue au V de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Ce fonds peut couvrir tout type de dépenses, y compris des prestations, mais à titre subsidiaire seulement : les expérimentations mises en œuvre dans ce nouveau cadre auront avant tout vocation à être financées dans les conditions de droit commun, par l'assurance maladie au titre du risque maladie ou par le FIR. Les évaluations des expérimentations, en revanche, seront entièrement prises en charge par ce fonds.

Les travaux du comité technique permettront de préciser, au cas par cas, ce qui est pris en charge spécifiquement par le fonds dans le cadre des cahiers des charges. Les dépenses de soins pourront être financées dans le cadre du fonds, notamment si elles relèvent de plusieurs sous-objectifs (ville, hôpital, médico-social).

Les ressources de ce fonds seront constituées par une dotation du régime général de l'assurance maladie, dont le montant sera fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Un arrêté constituera donc les réserves du fonds, qui pourront être abondées le cas échéant en cours d'année par modification de ce même arrêté.

Selon les informations transmises au rapporteur général, pour le moment, pour l'année 2018, 20 M€ de ressources ont été dégagées pour le fonds par

DOCUMENT PROVISOIRE

opération de périmètre (9,30 M€ viennent des soins de ville, 8,50 M€ de l'ONDAM hospitalier et 2,20 M€ du médico-social). Par ailleurs, 10 M€ de mesures nouvelles ont également été intégrées en construction sur le FIR pour le financement des expérimentations à dimension régionale.

3. Un mécanisme de contrôle parlementaire nécessaire

Le V de l'article L. 162-32-1 réécrit prévoit que le Gouvernement remette chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours, et lui remette, au plus tard un an après la fin de l'expérimentation, le rapport d'évaluation de celle-ci.

Le rapporteur général se félicite qu'un mécanisme de contrôle parlementaire soit prévu par le présent article. Un tel dispositif d'information est absolument nécessaire pour que, progressivement, les expérimentations réussies puissent le cas échéant être intégrées par le législateur dans le droit commun.

C. LES DISPOSITIONS PORTANT SIMPLIFICATION ET COORDINATION

Les III à V présentent plusieurs mesures de simplification et de coordination portant sur le code de la sécurité sociale, le code de la santé publique et sur les expérimentations actuellement engagées.

1. Le financement du travail en équipe entre professionnels de santé

Le **II** tend à réécrire le 9° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale. Cet article définit le rôle de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés s'agissant notamment de la gestion de la branche maladie.

Le 9° l'autorise actuellement à attribuer par une dotation une aide au financement des actions et expérimentations « *concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville* » définies par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé. À ce jour, quatre expérimentations sont toujours financées à ce titre. Elles seront, en tout état de cause, achevées à la fin de l'année 2017.

Le nouvel alinéa remplace ce dispositif, qui sera obsolète en 2018, et précise que la CNAMTS participera au financement « *des dispositifs qui organisent le travail en équipe entre professionnels de santé* ». Il s'agit notamment de pérenniser le financement de la délégation d'actes qui concerne un millier de médecins et nécessite aujourd'hui une intermédiation associative. L'article autorise ainsi l'assurance maladie à financer ces associations qui portent aujourd'hui l'organisation de la coopération entre médecins et infirmiers ainsi que la rémunération des infirmiers. La rédaction est également suffisamment large pour inclure d'autres modalités de coopération entre professionnels de santé.

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Les dispositions de coordination relatives au nouveau cadre stratégique

Le **III** du présent article procède à une coordination rendue nécessaire par ce nouveau cadre juridique applicable aux expérimentations.

Il supprime ainsi le dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, qui prévoit que le conseil national de pilotage des ARS définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, et que les aides attribuées à ces actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

3. La simplification du cadre expérimental

Les **IV** et **V** procèdent aux coordinations nécessaires à la mise en place du nouveau dispositif expérimental.

Le **V** prévoit que plusieurs des expérimentations déjà prévues au niveau législatif (*cf.* infra) pourront être poursuivies à condition de correspondre aux objectifs définis par ce nouveau cadre expérimental. Le financement sera alors assuré dans les conditions prévues par le nouveau cadre.

Ces expérimentations devront cependant toutes être réexaminées. En effet, pour pouvoir être poursuivies, elles devront faire l'objet d'un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les expérimentations dont la poursuite n'aura pas été autorisée avant le 31 décembre 2018 prendront fin au plus tard le 31 décembre 2019. La logique retenue sera à la fois ascendante et descendante. Il appartiendra en effet aux porteurs de projets, particulièrement les professionnels de santé, de présenter leurs projets aux ARS. Leur prise en charge au titre du nouveau cadre expérimental sera ensuite décidée en fonction des orientations stratégiques définies nationalement.

Cet arrêté devra notamment fixer une nouvelle date de fin de l'expérimentation, étant précisée que cette date ne pourra pas être postérieure au 31 décembre 2022, en cohérence avec la limite de cinq ans fixée par le présent article pour toutes les expérimentations. En tout état de cause, cette nouvelle date ne pourra porter la durée totale de l'expérimentation à plus de six ans à compter de la date de début de mise en œuvre effective de l'expérimentation initiale.

DOCUMENT PROVISOIRE

LISTE DES EXPÉRIMENTATIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE POURSUIVIES

Article prévoyant l'expérimentation	Contenu de l'expérimentation	Date de fin de l'expérimentation actuellement prévue
Article 48 de la LFSS pour 2013	Projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)	1er janvier 2019
Article 43 de la LFSS pour 2014 (I)	Projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique	1er juillet 2018
Article 43 de la LFSS pour 2014 (II)	Améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe	1er mars 2018
Article 53 de la LFSS pour 2015	Hôtel hospitalier (prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de l'hospitalisation)	Autorisation pour une durée de trois ans
Article 66 de la LFSS pour 2017	Administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière	Autorisation pour une durée de trois ans
Article 68 de la LFSS pour 2017	Prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 6 à 21 ans	1er janvier 2021
Article 94 de la LFSS pour 2017	Améliorer les parcours de soins et la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques	Autorisation pour une durée de trois ans

L'expérimentation PAERPA issue de l'article 70 de la LFSS pour 2012 n'est donc pas réintégrée au sein de ce nouveau cadre, car elle aura déjà duré six ans au 31 décembre 2018.

En revanche, le rapporteur général regrette vivement que l'expérimentation prévue à l'article 68 de la LFSS pour 2016, qui permet d'améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité, ait été oubliée dans cette liste. Cette expérimentation, qui ne prendra fin qu'au 31 décembre 2019, mériterait pourtant d'y être incluse.

Pour éventuellement pouvoir intégrer au sein de ce nouveau cadre juridique les expérimentations prévues à l'article 43 de la LFSS pour 2014 (parcours de soins et prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chroniques et d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe), le **IV** les prolonge jusqu'au 31 décembre 2018, au lieu respectivement du 1er juillet et 1er mars 2018, en cohérence avec la date limite prévue pour l'arrêté ministériel décidant, le cas échéant, de leur poursuite.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 36
Prise en charge de la télémédecine

Cet article prévoit le financement des actes de télé-expertise et de téléconsultation par la voie conventionnelle. Il abroge en conséquence le dispositif expérimental existant qui n'a pas permis d'accélérer le déploiement de la télémédecine.

Il institue en revanche un nouveau cadre expérimental d'une durée de 4 ans pour la télésurveillance médicale.

I. LE DÉPLOIEMENT POUSSIF DE LA TÉLÉMÉDECINE

L'article L. 6316-1 du code de la santé publique définit la télémédecine comme « *une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Elle met toujours en rapport un professionnel médical avec d'autres professionnels de santé. Elle peut être réalisée en dehors de la présence du patient. Elle vise à établir un diagnostic, assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, requérir un avis spécialisé, à préparer une décision thérapeutique, prescrire des produits, prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou à effectuer une surveillance de l'état des patients.

Constituent des actes de télémédecine, la téléconsultation (consultation à distance), la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par un professionnel médical), la télésurveillance médicale (interprétation à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient par un professionnel médical), la téléassistance médicale (assistance à distance d'un professionnel médical par un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte) et la réponse médicale apportée au titre la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins.

Une expérimentation portant sur le champ de la télémédecine en ville avait été engagée avec la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014.

En raison d'une lente maturation du cahier des charges expérimental ainsi que de complexités administratives, aucun projet n'avait pu voir le jour en 2016. La loi de financement pour 2017 avait procédé à un allégement des procédures de déploiement tout en élargissant son champ aux actes et consultations externes des établissements de santé et aux structures médico-sociales. Parallèlement, l'assurance maladie et les médecins libéraux se sont accordés sur le financement de quatre actes de télémédecine dans le cadre de la convention médicale de 2016.

DOCUMENT PROVISOIRE

II. LA PRISE EN CHARGE DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE DANS LE CADRE CONVENTIONNEL

La mesure vise d'abord à simplifier le cadre normatif pour donner une nouvelle impulsion à une activité susceptible d'organiser les soins de manière plus efficiente. Elle prévoit la détermination du financement des actes de télémédecine par la voie conventionnelle tout en procédant à la suppression du cadre expérimental de la loi de financement pour 2014.

1. L'objectif d'un avenant conventionnel pour la fin de l'année 2018

En modifiant l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, le **I** vise à prévoir le financement des « *actes de télémédecine* » dans le cadre conventionnel. La rédaction est par ailleurs suffisamment large pour inclure à terme les actes de téléassistance et de télésurveillance. Toutefois, leur modèle de financement nécessitant une évaluation préalable, le IV du présent article institue un cadre expérimental. Dans un premier temps, les négociations concerneront donc seulement la télé-expertise et la téléconsultation.

La rédaction proposée précise également le périmètre des actes de téléconsultation concernés par le champ conventionnel en ne mentionnant que ceux « *effectués par vidéotransmission* ». Cette précision est motivée par le souci de ne prendre en considération que les seuls actes innovants de téléconsultation. Seraient ainsi exclus les appels téléphoniques.

La mesure vise à ce que les partenaires conventionnels s'accordent sur le financement de nouveaux actes de télémédecine. Selon les informations transmises au rapporteur général, « *le champ des nouvelles discussions n'est pas encore déterminé* ». En tout état de cause, le mandat de négociation du directeur général sera défini par le conseil de l'UNCAM, « *dans le respect des lignes directrices qui pourront être transmises par la ministre* », conformément à l'article L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale.

Les négociations seront l'occasion de déterminer le mode de rémunération de la télé-expertise ainsi que la rémunération du médecin requérant. S'agissant du mode de rétribution, le caractère forfaitaire ne convient pas aux professions de santé qui lui préfèrent une rémunération à l'acte [(1)]. S'agissant de la rémunération du médecin requérant, il conviendra de trouver un juste équilibre permettant de rétribuer le temps passé à la préparation des dossiers complexes.

Le rapporteur général insiste également sur la nécessité d'accompagner les professionnels de santé désireux de s'équiper de matériel de télémédecine. Deux voies sont possibles : l'amortissement de l'investissement en l'intégrant dans le dispositif de tarification ou la mobilisation d'autres instruments en sus de

---

(1) Rétribution forfaitaire de 40 euros par année civile et par patient, dans la limite de 100 patients par an.

DOCUMENT PROVISOIRE

l'ONDAM. Sur ce sujet, il semble qu'il y ait discordance entre l'assurance maladie et la direction de la sécurité sociale.

L'objectif de conclusion d'un accord par voie d'avenant à la convention médicale est fixé pour la fin de l'année 2018. Selon le ministère de la santé, « *la perspective de conclusion d'un avenant en 2018 sur la télémédecine apparaît raisonnable, compte tenu des volontés de développement déjà exprimées par les partenaires conventionnels dans la convention de 2016* ».

Le **II** modifie par coordination l'article L. 6316-1 du code de la santé publique qui définit la télémédecine. Son dernier alinéa dispose actuellement que les modalités de financement sont précisées par décret. Cette disposition, rendue obsolète par le I, fait l'objet d'une suppression.

2. La suppression du cadre expérimental

Prenant acte du déploiement de la télémédecine dans le cadre du droit commun, le **III** vise à abroger l'article 36 de la LFSS pour 2014 relatif aux expérimentations de télémédecine. Cette abrogation prend effet à compter du 1er janvier 2018.

Le texte prévoit par ailleurs le maintien des textes d'application et des « *stipulations conventionnelles* » portant sur les expérimentations jusqu'à la conclusion de l'avenant à la convention médicale et au plus tard le 1er juillet 2019. Cette disposition permet d'assurer le financement transitoire des actes de télémédecine aujourd'hui pris en charge à titre expérimental jusqu'à ce que les actes inscrits au remboursement dans le cadre conventionnel entrent en vigueur.

Selon les informations transmises au rapporteur général, cette disposition permettrait de maintenir en vigueur plusieurs textes comme l'arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise [(1)] , le décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine [(2)] et l'arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire dit « *forfait requérant* » [(3)].

S'agissant des stipulations conventionnelles, il s'agit de maintenir les conventions passées entre les acteurs locaux de la télémédecine pour appliquer l'expérimentation (conventions avec les plateformes régionales, conventions entre professionnels de santé).

---

(1) Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(2) Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

DOCUMENT PROVISOIRE

Cette rédaction permet également d'inclure le maintien en vigueur des textes réglementaires relatifs à la télésurveillance qui ont été pris sur le même fondement. Cela étant, contrairement à la téléconsultation et à la télé-expertise, la télésurveillance ne fera pas l'objet du champ de la négociation conventionnelle mais du nouveau cadre expérimental instauré par le IV. Pour ne pas remettre en question les projets déjà engagés, les textes afférents seront donc maintenus jusqu'à la publication de ceux portant application des expérimentations [(1)].

III. LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL PORTANT SUR LA TÉLÉSURVEILLANCE

Le **IV** prévoit la mise en place d'expérimentations de télémédecine, restreintes aux actes de télésurveillance, sur le territoire métropolitain et en outre-mer pour une durée de 4 ans. Le dispositif est inspiré de la rédaction de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Contrairement à la téléconsultation ou la télé-expertise, la télésurveillance concerne des pathologies dont les traitements peuvent avoir des incidences sur les modalités de la prise en charge télé-médicale. L'expérimentation permettra d'évaluer l'intérêt de cette pratique pour l'organisation de soins tout en tenant compte de sa complexité.

1. Une approche expérimentale par pathologie

L'article renvoie pour ce faire à plusieurs cahiers des charges, arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la définition des conditions de mise en œuvre de ces expérimentations qui concerneraient les professions de santé libérales, les centres de santé et les établissements de santé et médico-sociaux.

Les expérimentations, d'envergure nationale, seront l'occasion d'évaluer des solutions techniques adaptées selon une approche par pathologie. Comme l'indique le ministère de la santé dans sa réponse aux interrogations du rapporteur général, « *les caractéristiques des solutions sont étroitement liées aux types de cas cliniques pris en charge. Les exigences réglementaires ne sauraient donc être les mêmes pour chaque pathologie, c'est pourquoi la publication d'un cahier des charges unique ne serait pas pertinente* ».

Le dispositif expérimental présente l'intérêt d'être immédiatement applicable. Plusieurs cahiers des charges sont d'ores et déjà publiés s'agissant plus particulièrement de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique, de l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance respiratoire chronique ou du

---

(1) Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et arrêté du 25 avril 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

DOCUMENT PROVISOIRE

diabète. Ces textes sont maintenus en vigueur par le titre III du présent article et feront l'objet d'une nouvelle publication au titre des mesures d'application du cadre d'expérimentations. Le rapporteur général a aussi été informé de la publication prochaine d'un cahier des charges encadrant la prise en charge des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables.

La participation à l'expérimentation se caractérise par sa souplesse de mise en œuvre. Une simple déclaration d'activité doit être adressée aux ARS de rattachement par les acteurs concernés.

2. Le financement du dispositif expérimental

Les 1° à 5° du dispositif prévoient également les dérogations auxquelles la mise en œuvre de ces expérimentations ouvre droit. Elles concernent les principes et les bases de la tarification des prises en charge (professionnels de santé libéraux, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé publics et privés dans le cadre de consultations externes, centres de santé), les modes de tarification applicables aux établissements et services médico-sociaux, le paiement direct des honoraires médicaux par le patient ou les conditions de participation des assurés (ticket modérateur, forfait journalier, franchises, etc..). Le dispositif prévoit enfin le financement des expérimentations par les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) sur une ligne identifiée.

Sur le modèle du cadre expérimental de l'article 36 de la LFSS pour 2014 modifié par la loi de financement pour 2017, le texte prévoit des dispositions particulières pour les dispositifs médicaux (DM) émargeant au cadre expérimental.

Un alinéa dispose ainsi que les DM utilisés dans le cadre expérimental ne font pas l'objet d'un financement dans le cadre du droit commun [(1)] *via* la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). La disposition dérogatoire vise les dispositifs médicaux dont l'indication « *inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue* » par l'un par les cahiers des charges portant expérimentation.

Selon les informations transmises au rapporteur général, cette dérogation permettrait d'éviter un double circuit de prise en charge au titre de l'expérimentation d'une part, de l'inscription sur la LPPR d'autre part. À cet effet, les DM seront financés sur la base d'un tarif forfaitaire auquel s'ajoutera un financement à la performance, assis sur le respect des objectifs de santé publique.

Pour éviter toute rupture d'égalité de prise en charge, le texte exclut du financement expérimental les DM comparables à ceux déjà inscrits sur la LPPR et bénéficiant d'un remboursement à ce titre. Ces dispositions spécifiques visent les catégories de DM considérés comme « *déjà matures* », à l'instar des

---

(1) Inscription préalable sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) au terme d'un processus d'évaluation médico-économique, médicale et tarifaire.

DOCUMENT PROVISOIRE

« *pacemakers* », pour lesquels il est déjà prévu une prise en charge de droit commun.

3. Les mesures de sortie du cadre expérimental

Plusieurs dispositions permettent d'anticiper sur la sortie du cadre expérimental. Elle concerne le basculement du financement des DM dans le droit commun, la remontée d'informations permettant d'apprécier les résultats expérimentaux, et l'évaluation des expérimentations. Ces dispositions ne constituent pas des nouveautés. Elles étaient déjà prévues dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi précitée.

Le dispositif inclut la possibilité d'anticiper la prise en charge de droit commun du DM à la suite de l'expérimentation. Le texte autorise le dépôt d'une demande d'inscription sur la LPPR avant la fin de l'expérimentation. Le financement dérogatoire est maintenu jusqu'à la fin de l'instruction du dossier. En cas d'inscription sur la LPPR, la prise en charge s'effectuera dans le cadre du droit commun. Dans l'hypothèse contraire, le dispositif ne sera plus pris en charge.

Afin de faciliter le suivi des expérimentations, les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale pourront échanger les informations afin de mieux cerner le parcours des patients. Ajoutons que ces données pourront, dans le respect du secret médical, faire l'objet d'un recueil à des fins d'analyse, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés étant chargée d'adapter les systèmes d'information.

Une évaluation est enfin prévue par le dernier alinéa du IV. Selon les informations transmises au rapporteur général, l'évaluation du programme d'expérimentations serait confiée à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Il appartiendra ensuite à la HAS, comme le projet de loi le permet, de valider le document ainsi produit. Elle donnera lieu à la transmission d'un rapport au Parlement avant le 30 septembre 2021.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 37

Modification des conditions d'inscription des actes à la nomenclature

Pour être pris en charge par la sécurité sociale, un acte ou une prestation doit faire l'objet d'une inscription sur la liste des actes et prestations (LAP). La procédure nécessite une instruction du dossier par la Haute Autorité de santé (évaluation médicale), par les commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP [(1)] , évaluation scientifique et technique) et enfin par l'Union nationale des caisses d'assurances maladies (UNCAM) pour la tarification.

Cet article précise les conditions dans lesquelles l'avis de la Haute Autorité de santé est requis, reconnaît l'inscription des actes ou prestations réalisées en équipe, notamment dans le cadre des protocoles de coopération, et instaure une procédure d'instruction rapide des dossiers par l'UNCAM en cas de blocage dans les CHAP.

L'article précise aussi le cadre juridique et financier des protocoles de coopération qui ne font aujourd'hui l'objet que d'un financement dérogatoire et limité dans le temps. Le dispositif prévoit la possibilité de définir des thèmes prioritaires de coopération conditionnant ainsi une instruction accélérée des dossiers. Le suivi des protocoles est renforcé avec l'intégration de la Haute Autorité de santé au sein du collège des financeurs. Enfin, l'article pérennise le financement des actes pluri-professionnels testés dans le cadre de ces protocoles de coopération.

I. LA MODIFICATION DES CONDITIONS D'INSCRIPTION DES ACTES ET PRESTATIONS À LA NOMENCLATURE

Le **I** de l'article modifie, au sein du code de la sécurité sociale, les conditions d'inscription sur la liste des actes et prestations sur trois aspects : conditions de saisine pour avis de la HAS, reconnaissance de l'inscription des actes ou prestations réalisées en équipe et encadrement temporel du travail des CHAP.

A. UNE PROCÉDURE QUI FAIT INTERVENIR PLUSIEURS ACTEURS

L'assurance maladie prend en charge un acte ou une prestation réalisée par un professionnel de santé dès lors qu'il ou elle est inscrit sur une liste : la liste des actes et prestations (LAP) régie par les articles L. 162-1-7, R. 161-71, R. 162-52 et R. 162-52-1 du code de la sécurité sociale.

La LAP regroupe trois nomenclatures distinctes : la classification commune des actes médicaux (CCAM) [(2)], la nomenclature générale des actes

(1) Commission de hiérarchisation des actes et des prestations.

(2) La CCAM concerne majoritairement les actes réalisés par des médecins dans les établissements hospitaliers.

DOCUMENT PROVISOIRE

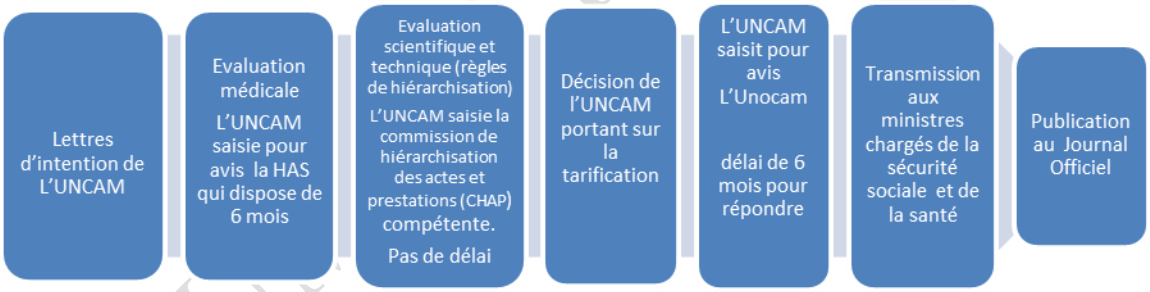
professionnels (NGAP) [1] et la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) [2].

L'inscription sur la liste, comme d'ailleurs la radiation, est décidée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) dans un délai fixé à 6 mois.

Elle est subordonnée au respect des règles de hiérarchisation établies par des commissions de hiérarchisation (CHAP) et est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargées de la santé et de la sécurité sociale.

Au nombre de neuf, les CHAP sont chargées d'établir les règles de hiérarchisation des actes et prestations de la profession, c'est-à-dire de leur attribuer un score médical. L'UNCAM assure le secrétariat général de ces commissions paritaires, comprenant des représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et des représentants de l'UNCAM, étant précisé l'État assiste aussi aux travaux. Le score médical, exprimé en points, sert de base au calcul du tarif effectué ensuite par l'UNCAM.

SCHÉMA SIMPLIFIÉ DE LA PROCÉDURE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS



B. DES MODIFICATIONS QUI TENDANT À ACCÉLÉRER L'INSTRUCTION DES DOSSIERS

1. Simplification de la saisine de la HAS

Dans le cadre de la procédure fixée par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l'UNCAM est tenue de saisir la HAS en vue d'une évaluation médicale de l'acte.

---

(1) La NGAP s'applique aux actes cliniques médicaux, aux actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

(2) La NABM s'applique aux actes effectués par les biologistes.

DOCUMENT PROVISOIRE

L'avis de la HAS est rendu dans les 6 mois suivant sa saisine mais ce délai peut être renouvelé à titre exceptionnel (*cf.* schéma ci-dessus). Il porte sur le service médical attendu et repose sur deux critères : l'intérêt diagnostique et thérapeutique et l'intérêt de santé publique.

L'avis est rendu par le collège de la HAS. Au terme de l'ordonnance n° 2017-84 du 26 janvier 2017 relative à la Haute Autorité de santé, cet avis peut être préparé par une commission spécialisée, la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts).

Cet avis n'est pas nécessaire lorsqu'il ne fait que modifier que la hiérarchisation des actes ou des prestations. Il est en effet inutile de saisir la HAS qui s'est déjà prononcée sur l'évaluation médicale de l'acte ou de la prestation.

Le **1° du I** vise à simplifier davantage la saisine de la HAS. Les *a)* et *b)* prévoient que la saisine de la HAS n'est plus utile dès lors que la modification de la nomenclature ne nécessite pas d'évaluation médicale [(1)]. Cette mesure proposée vise à recentrer les missions de la HAS.

2. La nouvelle tarification des actes réalisés en équipe par les professionnels libéraux

Le **2° du I** insère un nouvel article L. 162-1-7-4 au sein du code de la sécurité sociale relatif à la reconnaissance des actes ou prestations réalisées en équipe par plusieurs professionnels de santé.

Il s'agit ici de donner un caractère pérenne aux actes ou prestations faisant l'objet d'une utilisation innovante dans un cadre interprofessionnel. À l'heure actuelle, il n'existe pas de cadre juridique et financier adapté à la reconnaissance de ces actes et à leur hiérarchisation. En effet, l'instruction actuelle, articulée autour des CHAP, résulte plutôt d'une approche mono-professionnelle.

Aujourd'hui, le financement des actes réalisés en équipe n'est assuré que dans le cadre d'un financement dérogatoire et limité dans le temps (durée maximale de trois ans renouvelable une fois) par le biais des protocoles de coopération.

Le 2° prévoit un dispositif spécifique de reconnaissance de ces actes ou prestations qui couvriraient :

– les professionnels libéraux ou les professionnels de santé salariés d'un autre professionnel libéral ;

– les professionnels exerçant dans les centres de santé ;

---

(1) Selon la direction de la sécurité sociale, il s'agit « par exemple des avis donnés par la HAS lors de l'inscription dans la nomenclature des majorations ou consultations complexes ou très complexes prévues par la convention médicale de 2016 ».

DOCUMENT PROVISOIRE

– les professionnels de santé salariés dans un établissement de santé.

La procédure est calquée sur celle prévue par l'article L. 162-1-7 pour les actes isolés. L'inscription sur la liste, comme d'ailleurs la radiation, est décidée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Enfin, les décisions de l'UNCAM sont réputées approuvées sauf opposition de l'État.

Le présent 2° prévoit désormais une prise en charge, à l'issue de la période de financement dérogatoire et dans le cadre du droit commun, des actes réalisés dans le cadre des protocoles de coopération. Sans que soit sollicité l'avis de la HAS, l'UNCAM pourra décider d'inscrire l'acte dans la nomenclature et en définir la tarification, après la détermination des modalités de financement et de rémunérations par le collège des financeurs. Il s'agit de tenir des modifications opérées par le II du présent article, la HAS étant appelée à intégrer le collège des financeurs (*cf.* II du commentaire d'article).

Toutefois, la rédaction proposée ouvre la voie à d'autres types d'actes interprofessionnels et ne se restreint pas aux seuls protocoles de coopération. Il est fait mention des actes et prestations réalisés en équipe. Cette définition, plutôt large, permettra d'inclure d'autres actes interprofessionnels dont l'encadrement par les sociétés savantes n'est pas encore abouti. Il en est ainsi des protocoles organisationnels qui visent plus particulièrement une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels de santé libéraux et salariés exerçant au sein d'un même cabinet.

À terme, la mesure concerne les professionnels libéraux, salariés en centre de santé ou en établissement de santé. S'agissant des établissement de santé, l'inscription à la nomenclature et la tarification concerneront sont les actes et consultations externes.

Selon l'étude d'impact, l'objet de cette mesure vise à définir des tarifs « *inférieurs ou égaux à ceux des actes médicaux correspondant, garantissant pour l'assurance maladie l'efficience de ces nouvelles pratiques* ».

3. L'accélération de l'instruction des dossiers

Le **3° du I** vise à compléter l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale afin d'accélérer l'instruction des dossiers examinés par les CHAP. Il crée une procédure d'instruction accélérée pour les actes susceptibles de faire l'objet d'un blocage.

- Un nouveau dispositif d'instruction accélérée de droit commun

Le ***d)*** créé un nouveau dispositif d'instruction accélérée des dossiers au sein d'un nouveau II de l'article L. 162-1-8.

DOCUMENT PROVISOIRE

À l'heure actuelle, hormis la saisine de la HAS et de l'UNOCAM, aucune disposition ne fixe en effet un délai durant lequel les CHAP sont amenées à statuer sur les règles de hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation (*cf.* schéma ci-dessus). Selon le Gouvernement, cette situation peut se révéler bloquante en cas de désaccord au sein de la commission ou freiner inutilement l'arrivée d'un acte ou d'une prestation pourtant efficients.

Le nouveau II de l'article L.162-1-8 fixe un délai maximal d'examen des actes et prestations par les CHAP. Elles disposeront ainsi de onze mois pour établir les règles de hiérarchisation, le point de départ étant la transmission de l'avis de la HAS à l'UNCAM. En l'absence de décision dans le délai imparti, l'UNCAM est fondée à se substituer aux commissions afin de procéder à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation. La procédure suit alors son cours avec la décision de tarification et d'inscription sur la LAP par l'UNCAM puis la transmission, dans un délai de trente jours, de cette décision aux ministres compétents avant publication au journal officiel. Le texte précise qu'en l'absence de décision dans le délai de trente jours, l'UNCAM est tenue d'informer les ministres compétents.

La procédure accélérée se limite aux nouvelles inscriptions. Selon les termes employés par la direction de la sécurité sociale, celles-ci « *revêtent un caractère prioritaire dans la mesure où elles matérialisent l'entrée d'un acte dans le panier de soins remboursables, et permettent d'incorporer des innovations* ».

Si le texte prévoit une procédure accélérée, il ne dessaisit pas les CHAP de leur compétence. En effet, le nouvel article envisage l'hypothèse d'un retour au droit commun, les CHAP pouvant être amenées à définir les règles de hiérarchisation de l'acte ou de la prestation. Selon les informations transmises au rapporteur général, il faudra cependant modifier leur règlement intérieur pour s'accorder avec la rédaction du projet de loi de financement.

- Le dispositif accéléré propre à l'innovation

Les ***a)* à *c)*** procèdent à des modifications de nature rédactionnelle qui portent sur le dispositif actuel de procédure accélérée des actes innovants.

La procédure proposée par le texte s'inspire, sans s'y substituer pour autant, à la procédure accélérée déjà applicable à certaines catégories d'actes porteurs d'innovation désormais prévue par le I de l'article L. 162-1-8 au terme du présent projet de loi.

Le champ de la procédure accélérée relative à l'innovation est toutefois plus restreint puisqu'il ne comprend que quatre types d'actes : les actes associés à des dispositifs médicaux innovants, ceux pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie, les actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation et, enfin, ceux inscrits dans un protocole de coopération.

DOCUMENT PROVISOIRE

Par ailleurs, elle s'inscrit dans un autre cadre temporel puisque l'UNCAM peut procéder à la hiérarchisation des actes faute de décision de la CHAP dans un délai de cinq mois.

● Enfin, prenant acte de la nouvelle économie de l'article L. 162-1-8, le ***e)*** vise à créer au sein de cet article un III comprenant le dernier alinéa relatif aux modalités d'application.

II. UNE PRISE EN CHARGE ACCÉLÉRÉE POUR LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION JUGÉS PRIORITAIRES

En lien avec la possibilité de tarifer les actes réalisés dans le cadre des protocoles de coopérations, le **II** réaménage le cadre juridique de ces derniers qui ressortit au code de la santé publique. Il prévoit la possibilité de définir des thèmes prioritaires de coopération associés à l'accélération de l'instruction des dossiers et des financements.

● *L'instruction des projets de protocole de coopération*

Les **1° et 2°** ont pour objet la modification de l'article L. 4011-2 relatif à la validation des protocoles de coopération. Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé (ARS) un dossier précisant l'objet de la coopération ainsi que son modèle économique. Ce n'est qu'après l'avis conforme de la HAS et l'avis du collège des financeurs que le directeur de l'ARS autorise la mise en place du protocole ainsi que sa durée.

Le **1°** vise à restreindre le champ de la saisine de l'ARS par les professionnels de santé.

Au terme du ***a)***, seuls les dossiers portant protocoles de coopération impliquant un financement dérogatoire seront instruits par l'ARS. Il s'agit ici de tester des modèles de financement innovants susceptibles de déboucher sur une tarification pérenne.

En conséquence, le ***b)*** vise à préciser les modalités d'intervention de la HAS lorsque le directeur général de l'ARS arrête les protocoles de coopération. Aujourd'hui, son avis conforme est systématiquement requis. À l'avenir, le périmètre sera restreint aux seuls protocoles impliquant un financement dérogatoire.

Le ***c)*** complète l'article L. 4011-2 par un alinéa prévoyant la définition par voie d'arrêté des priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Selon l'étude d'impact, « *la priorité gouvernementale de lutte contre le phénomène de désertification médicale pourra se traduire dans la mise en œuvre rapide de protocoles de coopération adaptés à cette problématique* ». Pour les projets de protocoles qui relèveraient de ces priorités, les avis de la HAS et du collège des financeurs seront rendus dans un délai de six mois à compter leur transmission par l'ARS. L'avis du collège des financeurs sera sollicité lorsque les

DOCUMENT PROVISOIRE

protocoles de coopération ont vocation à aboutir à une inscription des actes réalisés par les équipes dans la nomenclature des termes. C'est ainsi qu'il faut comprendre les termes « *le cas échéant* ».

Ces priorités n'ont pas encore été arbitrées mais il a été indiqué au rapporteur général que « *les protocoles de coopération qui seront retenus sont ceux qui répondent aux objectifs de la stratégie nationale de santé (développement de la prévention) et du plan d'accès aux soins (faciliter l'accès aux compétences spécialisées qui connaissent des délais ou difficultés d'accès)* ».

● *L'intégration de la HAS au sein du collège des financeurs*

Le **2°** modifie l'article L. 4011-2-1 relatif au collège des financeurs. Il devra désormais comprendre des représentants de la Haute Autorité de santé. Il s'agit de lui permettre de mieux suivre la mise en œuvre des protocoles de coopération et de prendre part aux décisions. Aujourd'hui, elle n'est que destinataire de l'avis rendu par le collège des financeurs.

Par coordination, le **3°** supprime la transmission de l'avis rendu par le collège des financeurs à la HAS, celle-ci étant partie intégrante de l'instance collégiale.

● *La pérennisation des protocoles de coopération*

Le **4°** tend à modifier l'article L. 4011-2-3 relatif à la pérennisation du protocole de coopération. Cet article prévoit l'évaluation des actes réalisés dans le cadre du protocole qui peut aboutir à la fin du financement dérogatoire, à sa poursuite pour une nouvelle durée limitée ou à l'intégration des actes sur la LAP.

Le ***a)*** modifie les conditions d'évaluation des actes réalisés dans le cadre du protocole.

En l'état du droit, l'ARS doit transmettre au collège des financeurs les avis de la HAS sur chacun des actes prévus dans le protocole. La HAS réalise une évaluation médico-économique du protocole et rend un avis sur son efficience.

Selon les informations transmises au rapporteur général, le terme d'efficience prévu par le droit actuel n'était pas adapté car, dans le vocabulaire de la HAS, ce mot renvoie à des analyses médico-économiques, qui supposent notamment des analyses comparatives ; les protocoles organisent des modes de prise en charge innovants qui, par construction, ne peuvent faire l'objet de comparaison. .

Le projet de loi prévoit donc que l'avis de la HAS porte désormais sur l'efficacité et la sécurité du protocole « *en termes de santé publique* ».

Le ***b)*** procède à une mesure de coordination puisque les actes réalisés en équipe dans le cadre des protocoles de coopération ont vocation à aboutir à une

DOCUMENT PROVISOIRE

inscription sur la LAP au titre de l'article L. 162-1-7-4 du code de la sécurité sociale.

Le **5°** procède à la rédaction globale du IV de l'article L. 4011-2-3 qui prévoit le maintien du financement dérogatoire d'un protocole de coopération faisant l'objet d'une prise en charge définitive jusqu'à l'inscription de ses actes sur la LAP.

Il est désormais prévu que le collège des financeurs statue sur les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisées dans le cadre du protocole dès lors qu'une procédure d'inscription des actes et prestations réalisés en équipe a été réalisée à l'initiative de l'UNCAM, conformément à l'article L. 162-1-7-4 (*cf.* 2 du B du I).

*

* *

Article 38

Adaptation des conditions de prise en charge des produits hospitaliers – liste en sus

Cet article vise à mieux réguler les dépenses de médicaments des établissements de santé :

– en instaurant un tarif de remboursement unifié pour les médicaments comparables en termes d'indications ou de visée thérapeutique, afin d'encourager les établissements de santé à prescrire des médicaments génériques ou biosimilaires ;

– en permettant au Comité économique des produits de santé (CEPS) de fixer un prix limite de vente, protecteur des établissements, pour les médicaments de la liste en sus ou rétrocédés ;

– en permettant la modulation de la marge forfaitaire incluse dans le prix de cession des médicaments rétrocédés en cas de modicité de ceux-ci.

Il introduit également une renégociation systématique du prix des médicaments bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU), afin de faciliter leur prise en charge.

Il abroge le mécanisme de minoration forfaitaire de chaque tarif d'hospitalisation lorsqu'un médicament de la liste en sus a été utilisé au cours du séjour.

Enfin, il modifie les modalités de calcul de la tarification du séjour des patients relevant d'un régime étranger coordonné avec le régime français, afin d'y intégrer les produits de santé de la liste en sus, qui restent actuellement à la charge des établissements.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGES DES MÉDICAMENTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL

1. Liste en sus et médicaments rétrocédés

Dans les domaines couverts par la tarification à l'activité, le coût des médicaments utilisés au cours d'un séjour hospitalier est en principe pris en compte au sein des tarifs d'hospitalisation, qui couvrent l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient grâce à la définition d'un forfait.

Ce dispositif n'est cependant pas adapté pour certains produits innovants ou particulièrement onéreux : pour permettre l'égal accès des patients à ces traitements, dans des conditions financièrement acceptables pour tous les établissements de santé, un système dérogatoire permet donc que certains produits de santé soient facturés et pris en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. Ces médicaments sont inscrits sur une liste de produits appelée « liste en sus ».

Parallèlement, certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur peuvent être autorisés par l'Agence régionale de santé à dispenser des médicaments aux patients non hospitalisés. Ces médicaments « rétrocédés » par les pharmacies à usage intérieur aux patients, doivent être inscrits sur la « liste de rétrocession ». Ils présentent notamment des contraintes spécifiques de distribution, de dispensation ou d'administration, ou peuvent nécessiter un suivi de la prescription ou de la délivrance.

2. Tarif de responsabilité et prix de cession

Alors que la règle est celle de liberté des prix dans le cadre de la politique d'achat de l'établissement pour les médicaments compris dans les tarifs d'hospitalisation, un « tarif de responsabilité » est fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour les médicaments de la « liste en sus », tout en laissant aux établissements de santé leur capacité de négociation. À défaut d'accord, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le CEPS.

Pour les médicaments rétrocédés, le prix de cession est également fixé par convention entre l'entreprise et le CEPS. Il correspond au prix publié par le CEPS, auquel s'ajoute une marge prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités. À défaut d'accord, il est fixé par décision du CEPS.

DOCUMENT PROVISOIRE

La prise en charge de la dépense de médicaments de l'établissement de santé par l'assurance maladie se fait sur la base de ce tarif de responsabilité ou de ce prix de cession.

FIXATION DU PRIX DE CESSION ET DU TARIF DE RESPONSABILITÉ

Médicaments rétrocédés	Prix de cession au public	Prix de vente fixé par le CEPS + marge forfaitaire prenant en compte les frais de gestion et de dispensation du médicament + TVA	Article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale
Médicaments inscrits sur la liste en sus	Tarif de responsabilité	Tarif fixé par convention entre l'entreprise et le CEPS, ou, à défaut d'accord, par le CEPS	Article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale

Source : Commission des affaires sociales.

3. L'écart médicament indemnisable

Du fait des négociations qu'ils mènent directement avec les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de leur politique d'achat, le prix d'achat réel de ces produits par les établissements de santé peut toutefois être inférieur au prix de cession ou au tarif de responsabilité sur la base duquel s'effectue le remboursement.

Pour éviter que cette différence ne conduise à un sur-remboursement au détriment de l'assurance maladie, sans pour autant désinciter les établissements de santé à négocier les prix les plus bas possibles, un mécanisme d'intéressement, dit « écart médicament indemnisable » a été mis en place pour les médicaments de la liste en sus, puis pour les médicaments rétrocédés : si l'établissement parvient à acheter des médicaments à un prix inférieur au tarif de responsabilité ou au prix de cession, l'établissement de santé est remboursé sur la base de la facture majorée, afin de répartir le gain de la négociation entre l'établissement et l'assurance maladie.

B. UN SYSTÈME INSUFFISAMMENT EFFICIENT

La négociation du prix des médicaments par les établissements de santé est donc possible non seulement pour les médicaments inclus dans les tarifs d'hospitalisation, mais également pour les médicaments inscrits sur la liste en sus ou rétrocédés. Cette capacité de négociation, pleinement intégrée à la politique d'achat des établissements de santé, est supposée être source de gains pour ces derniers, et, *in fine*, pour l'assurance maladie.

Mais le pouvoir de négociation des hôpitaux face aux entreprises pharmaceutiques est-il si important ?

DOCUMENT PROVISOIRE

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2017, souligne ainsi que si les médicaments intégrés dans les GHS sont majoritairement concurrentiels, dans le cas des médicaments de la liste en sus ou rétrocédés, « *il s'agit cependant d'une négociation en grande partie théorique qui s'est progressivement déplacée sur le terrain des avantages non tarifaires, au détriment de l'assurance maladie.* (…) *Les acheteurs hospitaliers, nombreux et encore trop dispersés, ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des entreprises pharmaceutiques, les conditions obtenues par les autres établissements ou groupements ou les variations de prix dans le temps. L'organisation actuelle de l'achat du médicament à l'hôpital avantage les entreprises qui seules disposent d'une vision globale du marché* ».

Si les établissements ne parviennent pas à négocier le prix des médicaments à un prix égal ou inférieur au tarif de responsabilité ou au prix de cession, ce sont eux qui doivent supporter le coût du « reste à charge », puisqu'en aucun cas la différence ne peut être facturée aux patients.

Au vu du dynamisme de la dépense des médicaments de la liste en sus et rétrocédés (cf. encadré *infra*.), il est donc primordial de faire évoluer les dispositifs existants relatifs à la fixation du prix et à la prise en charge des médicaments utilisés par les établissements de santé.

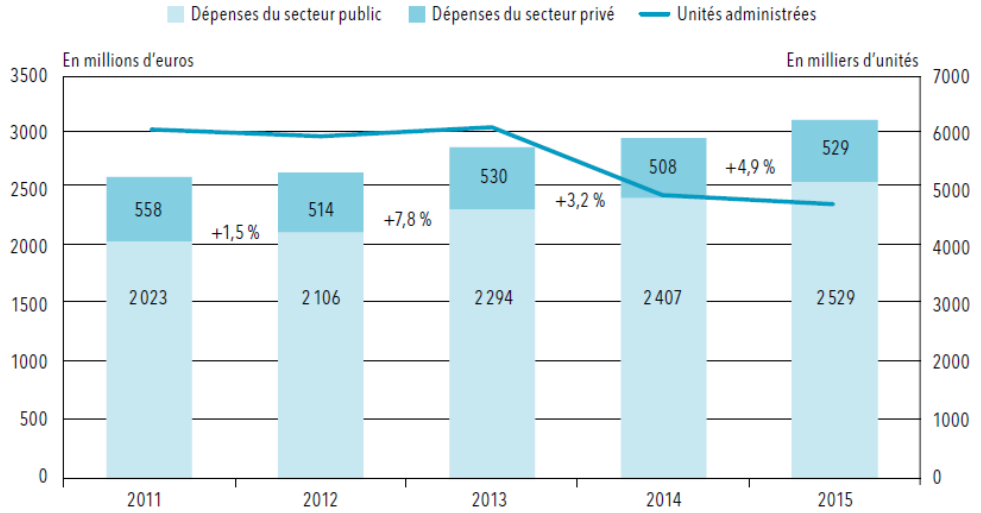
DOCUMENT PROVISOIRE

La dépense relative aux médicaments rétrocédés et aux médicaments de la liste en sus

Les médicaments rétrocédés sont comptabilisés parmi la consommation de médicaments en ville : ils représentant 8 % de cette consommation. Après avoir progressé de 80 % en 2014 du fait de l'introduction de nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C, disponibles exclusivement en rétrocession, leur montant a diminué de 3,1 % en 2015, et s'est établi à 2,8 milliards d'euros.

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2015, Édition 2016

La dépense associée aux médicaments de la liste en sus s'élève quant à elle à 3,1 milliards d'euros en 2015. L'évolution de cette dépense est extrêmement dynamique : elle a augmenté de 18,5 % depuis 2011, malgré des vagues de radiations de produits de la liste en sus qui ont permis de contenir cette hausse. Les médicaments anticancéreux et les traitements pour les maladies auto-immunes représentent aujourd'hui trois quarts des remboursements de la liste en sus. Deux tiers des remboursements se concentrent sur dix médicaments.



Lecture > Les pourcentages représentent l'évolution des dépenses pour les médicaments de la liste en sus. Entre 2014 et 2015, elles ont augmenté de 4,9 %, secteurs public et privé confondus.
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.
Source > ATIH, données ScanSanté.

Source : DREES, Les établissements de santé, Édition 2017

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

A. RÉGULER LES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS DE LA LISTE EN SUS ET RÉTROCÉDÉS

1. Dispositions relatives à la fixation du prix de cession

Le **1° du I** modifie l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale relatif à la fixation du prix de cession.

Le ***a)*** simplifie l'arrêté ministériel relatif à la fixation de ce prix, qui ne sera plus pris que par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et non plus co-signé par le ministre de l'économie.

Surtout, l'article introduit la possibilité de moduler la marge forfaitaire ajoutée au prix fixé par le CEPS afin de prendre en compte les frais de gestion et de dispensation inhérents aux médicaments rétrocédés.

Aujourd'hui, cette marge est la même pour tous les médicaments rétrocédés, et a été fixée par arrêté à 22 euros par ligne de prescription. (1) Or, pour certains médicaments peu coûteux dispensés par rétrocession, il est absurde de fixer une marge forfaitaire de 22 euros.

Le **b)** instaure donc la possibilité de réduire cette marge en cas de modicité du prix de cession.

2. Un prix de vente limite, protecteur des établissements

Le présent article introduit un prix limite de vente pour les médicaments figurant sur la liste en sus ou dispensés par rétrocession.

Le ***c)*** **du 1° du I** modifie l'article L. 162-16-5 relatif au prix des médicaments rétrocédés. Il prévoit ainsi que pour ces médicaments, le prix d'achat acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession servant de base au remboursement, minoré de la marge forfaitaire par ligne de prescription incluse dans ce prix de cession.

Le **2° du I** modifie l'article L. 162-16-6 relatif au prix des médicaments de la liste en sus. Le ***c)*** prévoit ainsi que pour ces médicaments, le prix d'achat acquitté par l'établissement ne peut être supérieur à un prix limite de vente fixé par le CEPS. Ce prix limite de vente, distinct du tarif de responsabilité, est fixé par le CEPS dans les mêmes conditions que ce dernier (***a)*** et ***b)*** **du 2° du I**).

3. Un tarif unifié facilitant l'achat de médicaments génériques ou biosimilaires par les établissements

Le mécanisme de « l'écart médicament indemnisable » (*cf. supra*), s'il doit inciter les établissements de santé à mieux négocier le prix des médicaments qu'ils achètent, peut également avoir pour effet de décourager la prescription de molécules moins onéreuses.

En effet, puisque ce mécanisme vise à répartir l'écart de prix entre le tarif servant de base au remboursement et le prix d'achat entre l'assurance maladie et l'établissement de santé, l'établissement peut être incité, afin d'augmenter cet écart, à préférer entre plusieurs molécules à l'efficacité identique celle ayant le

---

(1) Arrêté du 27 avril 2009 fixant la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur.

DOCUMENT PROVISOIRE

tarif de remboursement plus élevé. Ce mécanisme d'intéressement risque notamment de décourager la prescription de médicaments génériques ou biosimilaires.

Les médicaments biosimilaires

Les médicaments biologiques sont des substances produites à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivés de ceux-ci. Les vaccins, les anticorps monoclonaux ou encore les hormones de croissance font partie des principaux médicaments biologiques commercialisés au cours des dernières décennies.

Alors qu'un médicament générique est la copie d'un médicament chimique, un médicament biosimilaire est la copie d'un médicament biologique. Tout médicament biologique dont le brevet est tombé dans le domaine public peut être copié : cette copie est désignée comme biosimilaire. Les produits biosimilaires ne peuvent toutefois pas être strictement identiques au produit de référence, contrairement à un médicament générique, et doivent donc démontrer leur similarité au médicament biologique de référence.

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2017, note que d'ici 2020, de nombreuses expirations de brevets sont attendues pour des médicaments biologiques avec un apport thérapeutique majeur : en 2016, huit des principaux biomédicaments concernés ont été à l'origine de 1,5 Md€ de dépenses. L'arrivée de ces biosimilaires pourrait donc avoir une incidence majeure sur les dépenses d'assurance maladie.

Afin de neutraliser cet effet et surtout d'encourager les établissements de santé à utiliser des médicaments biosimilaires, des génériques ou, plus généralement, des médicaments comparables en termes d'indications ou de visée thérapeutique, le présent article ouvre la possibilité de déterminer un tarif unifié de remboursement pour les médicaments à l'efficacité équivalente.

Cette mesure est aujourd'hui nécessaire pour encourager les établissements de santé à prescrire des génériques ou des biosimilaires. Elle est d'autant plus urgente que dans les années à venir, les médicaments biosimilaires de médicaments biologiques pesant fortement sur la liste en sus - en particulier des anticorps monoclaux (anticancéreux) – devraient arriver sur le marché.

Ce tarif unifié est prévu au **d) du 1° du I** pour les médicaments rétrocédés et au **d) du 2° du I** pour les médicaments de la liste en sus, qui modifient respectivement les articles L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

La base de remboursement d'une spécialité pourra ainsi être limitée à un tarif unifié fixé par décision du CEPS.

Ce tarif unifié pourra être appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux biosimilaires et à leurs biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, il pourra être modulé au vu de différences de

DOCUMENT PROVISOIRE

posologie ou du circuit de distribution, notamment si le médicament est importé de l'étranger.

B. UN NOUVEAU MODE DE FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS FAISANT L'OBJET D'UNE RECOMMANDATION TEMPORAIRE D'UTILISATION (RTU)

1. Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU)

Les RTU concernent des médicaments qui disposent d'ores et déjà d'une autorisation de mise sur le marché, mais qui sont prescrits en dehors du cadre de cette autorisation.

L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 29 décembre 2011, prévoit en effet qu'une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché (AMM).

En l'absence d'une spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique bénéficiant d'une AMM ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication considérée, l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) peut ainsi établir une RTU. Cette RTU, qui repose sur l'évaluation par l'ANSM d'une présomption de rapport bénéfice/risque favorable, est accordée pour une durée de trois ans renouvelable.

Aux termes de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, les prescriptions dans le cadre des RTU peuvent donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie, après un arrêté pris par le ministre de la santé et de la sécurité sociale, sur avis de la Hante Autorité de santé (HAS). Le médicament est alors pris en charge dans les mêmes conditions que celles valant pour les indications prises en charge au titre de l'AMM : le médicament est pris en charge dans les mêmes conditions que les indications remboursables ou, si le médicament n'est pas remboursable, sur la base d'un forfait annuel.

Le prix d'un médicament sous RTU est donc totalement figé, puisqu'il n'est soumis à aucune nouvelle négociation.

Pourtant, toute extension d'indication peut avoir un impact sur le juste prix du médicament concerné : si l'indication de l'AMM initiale peut justifier l'obtention d'un prix élevé, l'extension d'indications peut permettre de cibler une population plus large.

L'absence de renégociation en cas d'obtention d'une RTU bloque en réalité le développement de cette procédure. Du fait du coût trop important de médicaments destinés à une patientèle très large, un avis de la HAS favorable à la prise en charge d'un médicament sous RTU peut, malheureusement, ne pas être

DOCUMENT PROVISOIRE

suivi de l'arrêté ministériel correspondant, car cette prise en charge aurait un coût beaucoup trop élevé pour la sécurité sociale.

2. Le dispositif proposé

Le **3° du III** du présent article assouplit le mécanisme de fixation des prix des médicaments sous RTU, afin de faciliter le développement de cette procédure innovante. Pour cela, il vise à rapprocher la situation des RTU du droit commun, en modifiant l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale (le ***a)*** corrige une simple erreur de référence qui subsistait au sein de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale).

Il prévoit que lorsqu'un médicament bénéficie d'une RTU, le CEPS fixe, par convention, ou à défaut par décision, un nouveau tarif ou un nouveau prix en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, selon les règles et critères d'appréciation applicables aux indications déjà prises en charge (***b)***).

Si le médicament a fait l'objet d'une préparation, d'une division, d'un changement de conditionnement ou de présentation spécifique afin d'être adaptée à la RTU et la posologie indiquée, ce nouveau prix tient également en compte, au moins pour partie, du prix lié à cette opération (***c)***).

Si le médicament n'est pas remboursable pour les indications prises en charge au titre de l'AMM, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer, en plus du forfait annuel de prise en charge, le prix de vente aux patients ou aux établissements de ces médicaments faisant l'objet d'une RTU (***d)***).

Le rapporteur général souligne que, plus généralement, la question du lien entre l'extension d'indications d'un médicament et la renégociation systématique de son prix devra à l'avenir être posée.

C. L'ABROGATION DU MÉCANISME DE MINORATION FORFAITAIRE

Afin de réguler les dépenses croissantes liées aux médicaments de la liste en sus, l'article 63 de la LFSS pour 2015 [(1)] a introduit un mécanisme de minoration tarifaire, conduisant à déduire un montant forfaitaire (fixé par arrêté à 40 euros) de chaque tarif d'hospitalisation si un médicament de la liste en sus a été utilisé au cours du séjour.

Cette pénalité financière devait favoriser un recours plus juste à la liste en sus, alors que des mésusages avaient été observés (spécialités prescrites en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché notamment). Elle devait permettre, en infléchissant les comportements de prescription de ces médicaments, une économie de 35 millions d'euros en année pleine.

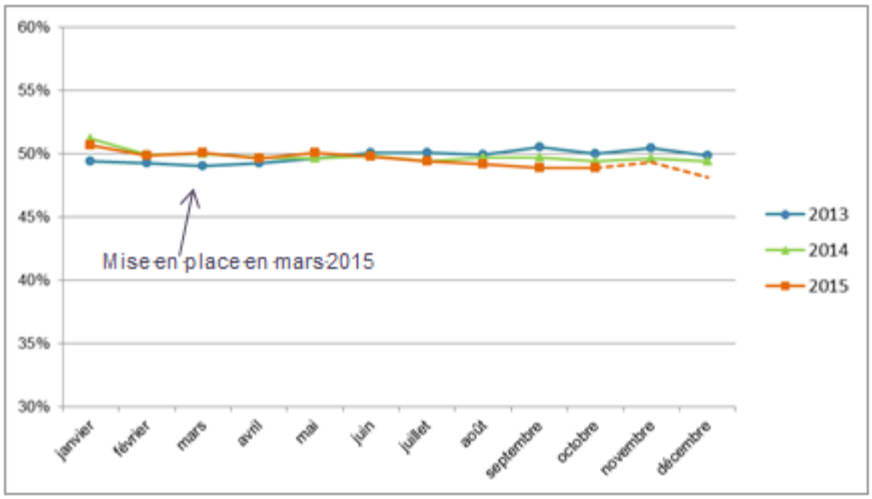
---

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

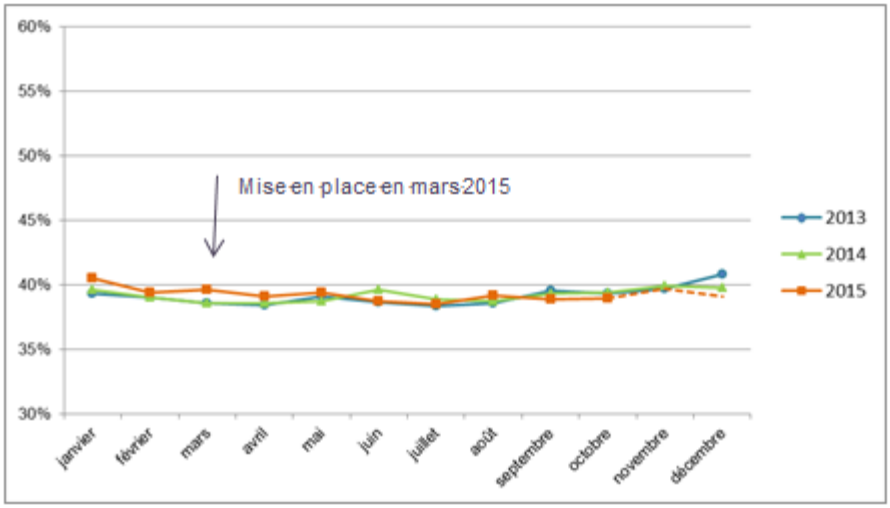
DOCUMENT PROVISOIRE

Ce mécanisme n'a fait que complexifier le dispositif de prise en charge, sans pour autant modifier le comportement des prescripteurs vis-à-vis du recours à la liste en sus (*cf.* schéma). Les fédérations hospitalières auditionnées par le rapporteur général partagent toutes le même constat.

Evolution mensuelle de la part des séances concernées avec une molécule en sus 2013-2015 - secteur ex-DG



Evolution mensuelle de la part des séances concernées avec une molécule en sus 2013-2015 - secteur ex-OQN



Source : Direction de la sécurité sociale

Le **4° du I** met donc fin à ce mécanisme, en abrogeant l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale.

D. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LE COÛT SUPPORTÉ PAR LES ÉTABLISSEMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RELEVANT D'UN RÉGIME ÉTRANGER

Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements anciennement sous dotation annuelle de financement, la facturation des soins des patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger mais coordonné avec le système français – régimes de sécurité sociale des États membres de l'Union européenne et des États avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale – est aujourd'hui calculée sur la base d'un tarif journalier de prestations.

Ce tarif journalier de prestations est établi sur la base des tarifs nationaux de prestations, en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades par le nombre de journées prévisionnelles d'hospitalisation.

Or, puisque ce mode de calcul est issu des GHS, il ne prend aujourd'hui pas en compte la dépense liée à l'utilisation de médicaments de la liste en sus. Du fait du poids croissant de ces dépenses en médicaments de la liste en sus, cette base de facturation reflète donc de moins en moins le coût supporté par les établissements de santé pour la prise en charge de ces patients.

Le **II** du présent article insère donc au sein de l'article 33 de la LFSS pour 2004 un alinéa précisant que, lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie de produits de santé de la liste en sus, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces produits de santé.

E. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent article entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2018, mais le **1° du III** précise que les dispositions relatives au prix limitent de vente des médicaments n'entreront en vigueur qu'à compter du 1er juillet 2018, pour les médicaments rétrocédés comme pour ceux de la liste en sus. À cette date du 1er juillet 2018, pour les médicaments de la liste en sus, le prix de vente limite est fixé au niveau du tarif de responsabilité.

Selon les informations transmises à votre rapporteur, ce délai devrait notamment permettre aux établissements qui en auraient besoin de renégocier avec les entreprises du médicament.

Le **2° du III** précise que les décisions de prise en charge ou de remboursement, les tarifs ou les prix édictés pour les médicaments sous RTU avant la publication de la loi demeurent en vigueur jusqu'à leur modification éventuelle.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE III
Accroître la pertinence et la qualité des soins

Article 39
Renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions hospitalières

Cet article vise à renforcer l'impact du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) en permettant d'octroyer aux établissements de santé un intéressement proportionnel aux économies réalisées, sous la forme d'une dotation du Fonds d'intervention régional.

I. LE CONTEXTE : LA CRÉATION DU CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS

A. UN CONTRAT UNIQUE

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 [(1)] a créé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), prévu à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat a permis la fusion de plusieurs dispositifs contractuels préexistants : contrat d'amélioration et de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU), contrat d'amélioration des pratiques, contrat d'amélioration de la pertinence des soins, etc.

Ce nouveau contrat unique concerne tous les établissements de santé. Il est conclu entre le représentant légal de l'établissement de santé, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

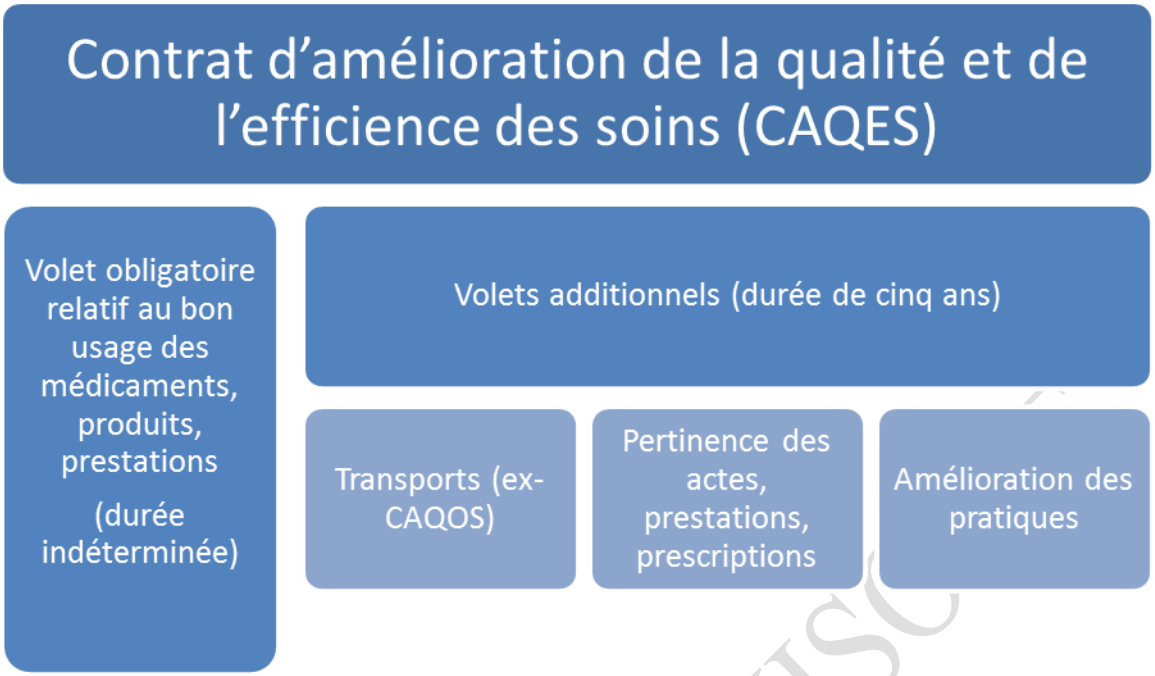
Il se compose :

– d'un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;

– le cas échéant, d'un ou plusieurs volets additionnels dont la conclusion est justifiée, soit en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, soit, le plus souvent, en raison du non-respect de référentiels de qualité ou de sécurité des soins par l'établissement.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.



B. MÉCANISMES DE SANCTIONS ET D'INTÉRESSEMENTS

En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs prévus par le contrat, l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale prévoit un arsenal de sanctions pouvant être prononcées par le directeur général de l'ARS

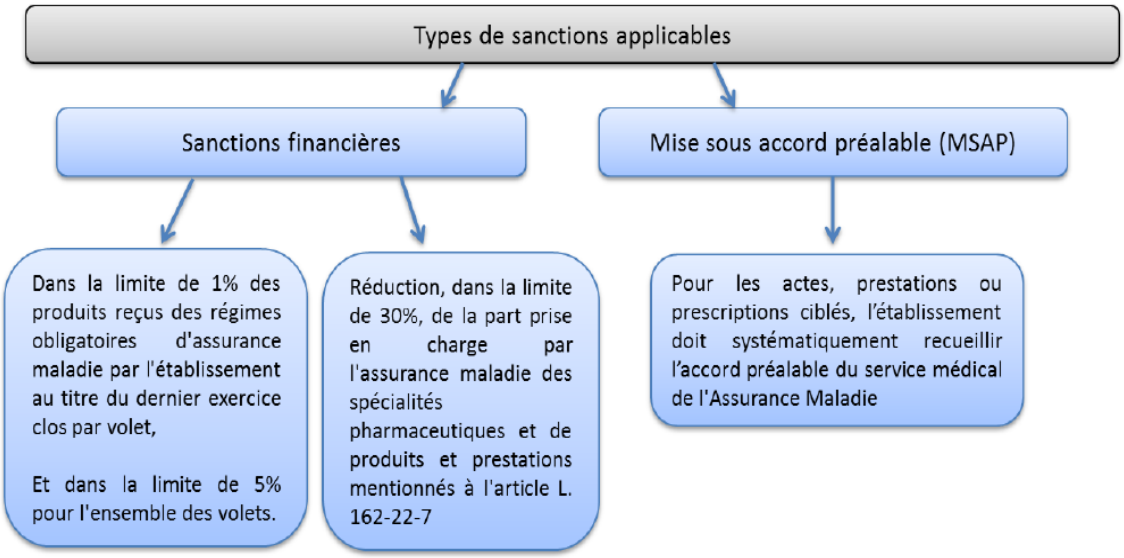
Celui-ci peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer des sanctions financières :

– par une pénalité 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 ;

– ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, sous la forme d'une 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 de la liste sus.

La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions.

DOCUMENT PROVISOIRE



Source : instruction interministérielle n° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

Un mécanisme d'intéressement a également été prévu par le décret fixant les modalités d'application du CAQES. (1)

Cet intéressement ne concerne actuellement que certains volets additionnels du contrat : les volets transports et pertinence, pour lesquels des modalités d'intéressement préexistaient à la création du CAQES. Pour chacun de ces volets additionnels, le respect des objectifs peut conduire à un intéressement qui doit être prévu par le contrat. Cet intéressement ne peut excéder 30 % du montant des économies réalisées.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article vise à renforcer l'efficacité du CAQES en permettant d'octroyer un intéressement aux établissements de santé répondant aux objectifs fixés dans celui-ci.

Contrairement à ce que prévoit aujourd'hui le décret d'application, ce mécanisme d'intéressement concernerait tous les volets du contrat, y compris le volet obligatoire.

En effet, selon l'étude d'impact annexée au présent article, « *en l'absence d'incitations fortes et dans la seule perspective de sanctions, il est parfois difficile de fédérer les établissements autour de ces objectifs* ». Un mécanisme d'intéressement mieux identifié et au champ beaucoup plus large qu'aujourd'hui pourrait être un vecteur important de mobilisation des établissements autour d'objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses.

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) *Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.*

Le **I** vise donc à compléter l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale relatif aux sanctions afférentes au CAQES, afin de permettre au directeur général de l'ARS, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, d'allouer un intéressement à l'établissement si les objectifs sont réalisés.

Le montant de cet intéressement, qui prendra la forme d'une dotation du Fonds d'intervention régional, est modulé en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés par le contrat. Selon les informations transmises au rapporteur général, cet intéressement serait plafonné à 30 % des économies constatées.

Les CAQES remplaçant définitivement les contrats préexistants à partir du 1er janvier 2018, le **II** prévoit que ce mécanisme d'intéressement s'applique à l'évaluation des CAQES ou avenants à ceux-ci conclus à partir du 1er janvier 2018.

*

* *

Article 40

Amélioration de la pertinence de l'utilisation des produits de santé

Cet article vise à favoriser la maîtrise médicalisée des dispositifs médicaux.

Pour favoriser le juste recours aux dispositifs médicaux, il encadre les visites médicales et instaure à cet effet une procédure de certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé. Il étend par ailleurs la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation aux dispositifs médicaux. Il prévoit enfin la conclusion d'une charte de qualité des pratiques professionnelles des visiteurs médicaux d'ici septembre 2018 dont le non-respect est sanctionné par une pénalité.

Le texte comporte également plusieurs modifications de l'encadrement des activités de formation dispensées par les visiteurs médicaux et du régime de publicité des dispositifs médicaux. Il précise le régime d'interdiction de la publicité auprès du public et procède à l'instauration d'un régime d'autorisation pour la publicité auprès des professionnels de santé. Il prévoit enfin l'encadrement des démarchages publicitaires au sein des établissements de santé grâce au levier de la certification.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. DISPOSITIONS RELATIVES AU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le **I** vise à modifier en plusieurs points le code de la sécurité sociale.

A. LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ RENFORCÉE DANS SES MISSIONS DE CERTIFICATION

1. L'extension de la certification à la publicité des dispositifs médicaux

Le **I** commence par modifier l'article L. 161-37 relatif aux compétences de la Haute Autorité de santé. Il vise à charger l'instance de trois nouvelles missions :

– au terme du **1° du I**, l'évaluation des actions des établissements de santé tendant à encadrer les pratiques de promotion des produits de santé dans leurs enceintes. Cette évaluation sera opérée dans le cadre des procédures de certification des établissements de santé conduites par la HAS prévues par le 4° de l'article L. 161-37.

– selon le **2° du I**, la mise en place de la certification des « *activités de présentation, d'information ou de promotion* » en faveur des produits de santé, c'est-à-dire des activités de publicité relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Cette nouvelle mission vise à garantir le respect des chartes de qualité des pratiques professionnelles relatives aux médicaments (article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale déjà en vigueur) et aux dispositifs médicaux (article L. 162-17-9 du même code institué par le présent article) ;

– au terme du **2°**, l'émission d'un avis sur les expérimentations à caractère national et les expérimentations régionales. Cette nouvelle mission constitue une mesure de coordination avec le nouveau cadre d'expérimentation relatif à l'innovation organisationnelle porté par l'article 35 du projet de loi (*cf.* commentaire de l'article 35).

2. La procédure de certification des logiciels de santé

Le **3° du I** tend à modifier l'article L. 161-38 relatifs à la procédure de certification établie par la HAS applicable aux logiciels dédiés à la santé. Le champ de l'article est étendu aux logiciels dédiés aux dispositifs médicaux.

L'**a*)*** étend la compétence de la HAS, actuellement limitée aux bases de données sur les médicaments, à celles sur les dispositifs médicaux et leurs prestations associées destinées à l'usage des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation.

Le ***b)*** modifie le premier alinéa du II de l'article L. 161-38, relatif à la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP). La HAS doit notamment s'assurer que les logiciels intègrent ses recommandations et avis médico-économiques, permettent la prescription sous la dénomination commune

DOCUMENT PROVISOIRE

internationale et l'affichage du prix des produits. Cette dernière mention est précisée pour que les LAP affichent les prix des produits de santé et leurs prestations « *éventuellement associées* » (soit les médicaments, comme actuellement, et les dispositifs médicaux et leurs prestations associées).

Le ***c)*** modifie le deuxième alinéa du II en précisant que la procédure de certification par la HAS vise à l'amélioration des pratiques de prescription, aux dispositifs médicaux et à leurs prestations associées.

Le ***d)*** complète le même II par un alinéa précisant les garanties apportées par la HAS sur le contenu des données dispensées par les LAP. La certification doit ainsi s'assurer que les LAP :

– informent les prescripteurs des conditions de prescription et de prise en charge des produits de santé et de leurs prestations. S'agissant des dispositifs médicaux, la certification a pour but de s'assurer que les LAP mentionnent l'inscription soit par la description générique, soit sous forme de marque ou de nom commercial ;

– intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document arrêtés par les ministères en charge de la santé et de la sécurité sociale ;

– permettent l'accès aux services dématérialisés de l'assurance maladie, l'objectif ultime étant de mettre à la disposition des professionnels de santé l'ensemble de ces services dans un espace partagé (suivi des dossiers, référentiels de prescriptions, modèles d'ordonnance,…).

Le ***e)*** modifie le III de l'article L. 161-38 qui précise la portée de la procédure de certification par la HAS des logiciels d'aide à la dispensation. Il prévoit que la HAS s'assure de la dénomination retenue par les logiciels sur les médicaments. Ces derniers doivent prioritairement faire référence aux principes actifs selon leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé. Au terme du *e)*, la procédure de certification devra comprendre la « *certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées* ». Il s'agit ici de viser les informations complémentaires au codage des dispositifs médicaux, comme les conditions de prise en charge.

Le ***f)*** complète le même III afin d'enjoindre la HAS de s'assurer que la procédure de certification permette d'étendre la conformité des logiciels d'aide à la dispensation aux exigences minimales requises pour les dispositifs médicaux et non plus seulement pour les médicaments. La portée de ces exigences est par ailleurs revue pour y intégrer l'efficience et non plus seulement la sécurité et la conformité.

Le ***g)*** prévoit l'entrée en vigueur de l'obligation de certification des logiciels de santé intégrant la prescription et la dispensation des dispositifs médicaux.

DOCUMENT PROVISOIRE

À l'heure actuelle, la réglementation prévoit une obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et d'aide à la dispensation officinale depuis le 1er janvier 2015 (1) pour les seuls médicaments. Depuis peu, cette obligation concerne aussi les pharmacies des établissements de santé (2).

Le ***g)*** prévoit une extension de l'obligation de certification au 1er janvier 2021 pour les logiciels dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. Cette extension vise à modifier sensiblement et durablement la structure de prescription des professionnels de santé : il s'agit ici de permettre le développement d'outils permettant d'orienter les professionnels de santé vers les dispositifs médicaux les plus efficients.

3. L'encadrement de la publicité portant sur les dispositifs médicaux par une charte

Le **4° du I** institue un nouvel article L. 162-17-9 relatif à la mise en place d'une charte de qualité des pratiques professionnelles des visiteurs médicaux chargés de présenter, d'informer ou de promouvoir les dispositifs médicaux. La rédaction de cet article est inspirée de celle de l'article L. 162-17-8 qui prévoit un dispositif similaire pour l'industrie du médicament.

Est prévue la conclusion de cette charte entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs de produits. Selon le dernier accord-cadre signé avec les membres du secteur des dispositifs médicaux, pas moins de 26 organisations seraient concernées par cette charte.

La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. En l'absence de charte ou en l'absence d'approbation, les autorités ministérielles sont habilitées à arrêter la charte en question. Il faut relier ces dispositions au **III** du présent article au terme duquel la conclusion de la charte doit être effective avant le 30 septembre 2018.

L'objet de la charte vise à mieux « *encadrer les pratiques commerciales promotionnelles, de présentation ou d'information* ».

Pour mieux lier l'inscription de ce nouveau dispositif au champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il est précisé :

– que cet encadrement vise à éviter des comportements de nature à « *nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie* » ;

---

(1) Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2017-1258 du 9 août 2017 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la dispensation par les pharmacies à usage intérieur prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

– que le CEPS peut fixer des objectifs chiffrés d'évolution de ces pratiques afin, semble-t-il, de maîtriser les coûts des dispositifs médicaux et partant leur remboursement par l'assurance maladie.

– qu'en cas d'écart par rapport à l'objectif de réduction des pratiques publicitaires, l'entreprise concernée pourra se voir infliger une pénalité ne pouvant dépasser 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France à l'issue d'une procédure contradictoire. Le montant de la pénalité est fonction de la gravité du manquement. Elle est recouvrée par les URSSAF selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations. Les différends sont portés devant le contentieux général de la sécurité sociale.

Le dispositif diffère de celui retenu pour les médicaments sur un point : la constatation du manquement. Il est ainsi prévu que le constat du manquement est opéré par un « *professionnel, organisme ou établissement* » qui en informe sans délai le CEPS.

Pour s'assurer du bon usage de la charte, le texte prévoit enfin que le contrôle de son application par « *les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie* », afin d'assurer, là aussi, une remontée d'informations sur d'éventuels écarts observés dans les établissements de santé. En ce cas, aucune sanction ne serait appliquée.

4. La prise en charge de certains produits subordonnée à des précisions du prescripteur sur l'ordonnance

Le **5° du I** vise à créer un nouvel article L. 162-19-1 qui autorise la subordination de la prise en charge de médicaments, de dispositifs médicaux et de leurs prestations associées à des renseignements portés par le professionnel de santé sur l'ordonnance. Ces renseignements portent sur les circonstances et les indications de la prescription. Le ciblage des produits de santé concernés est motivé par l'intérêt de santé publique, l'impact financier ou les risques de mésusage.

Selon le Gouvernement, ces informations complémentaires doivent être de nature à modifier la structure de prescription des professionnels de santé. Concrètement, il s'agirait de justifier la prescription d'antibiotiques par le recours à des tests rapides d'orientation diagnostiques. Dans le cas des dispositifs médicaux, il s'agirait de justifier le type de plaie concernée pour l'application d'un pansement adapté.

Les éléments de justification portés sur l'ordonnance sont susceptibles d'être contrôlé par l'assurance maladie puisque le dispositif prévoit leur transmission au service du contrôle médical. En cas de manquement à ces obligations, une procédure de recouvrement de l'indu pourra être opérée soit auprès du médecin prescripteur, soit auprès du distributeur.

DOCUMENT PROVISOIRE

5. Dispositions transitoires

Le **II** dispose que la charte de qualité des pratiques professionnelles des visiteurs médicaux du secteur des dispositifs médicaux instituée par le 4° du I doit être conclue avant le 30 septembre 2018. À défaut, celle-ci sera arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II. LES DISPOSITIONS AFFECTANT LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le **III** emporte plusieurs modifications du code de la santé publique sur l'encadrement des activités de formation dispensées par les visiteurs médicaux et le régime de la publicité des dispositifs médicaux.

1. La réglementation des activités de formation dispensées par les visiteurs médicaux.

Le **1°** vise à créer un nouvel article L. 5122-15-1 au sein d'un chapitre consacré à la réglementation de la publicité des médicaments à usage humain.

Il s'agit d'encadrer davantage les activités de formation professionnelle relatives à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé par l'édiction, par la voie réglementaire, de règles de bonnes pratiques. L'article prévoit que ces règles concerneront la qualification des intervenants et les modalités de déclaration des formations délivrées par ceux-ci.

2. L'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux

Plusieurs mesures affectent l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux tenant à la définition du périmètre publicitaire, l'interdiction auprès du public et de l'instauration d'un visa préalable pour la publicité auprès des professionnels et établissements de santé.

a. Les dispositions actuelles

La réglementation de la promotion des dispositifs médicaux est issue de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Elle fait l'objet d'une présentation dans des chapitres séparés selon qu'il s'agit des dispositifs médicaux (articles L. 5213-1 à L. 5213-7 du code de la santé publique) ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (articles L. 5223-1 à L. 5223-7).

On entend par publicité « *toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur* ».

DOCUMENT PROVISOIRE

Aux termes des articles L. 5213-1 et L. 5223-2, ne relèvent pas de la publicité, l'étiquetage, les notices d'instruction ou les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables relevés dans le cadre de la matériovigilance (dispositifs médicaux) et de la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*) ou encore les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines.

Les articles L. 5213-2 et L. 5233-2 disposent en outre que la publicité a pour objet de définir « *de façon objective le produit, le cas échéant ses performances et sa conformité aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé* ».

Le régime de publicité fait enfin l'objet d'un contrôle *a priori* (dépôt d'un dossier auprès de l'ANSM) et *a posteriori* (sans dépôt de dossier auprès de l'ANSM). Le tableau ci-après résume l'état du droit applicable en la matière.

LES RÉGIMES DE PUBLICITÉ DE L'ENSEMBLE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>Publicité auprès du grand public</th><th>Publicité auprès du professionnel de santé</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Dispositifs médicaux (DM)</td><td>Remboursables</td><td>Principe d'interdiction

Mais publicité autorisée pour les DM présentant un <u>faible risque</u> (classes I et II a) qui font l'objet d'un contrôle a posteriori</td><td rowspan="2">Principe de publicité (contrôle a posteriori)

Mais régime d'autorisation pour les DM présentant un <u>risque important</u> pour la santé humaine (contrôle a priori)</td></tr>
<tr><td>Non remboursables</td><td>Principe de publicité (contrôle a posteriori)

Mais régime d'autorisation pour les DM présentant un <u>risque important</u> pour la santé humaine (contrôle a priori)</td></tr>
<tr><td colspan="2">DM de diagnostic in vitro</td><td colspan="2">Principe de publicité (contrôle a posteriori)

Mais régime d'autorisation pour les DM présentant un <u>risque grave</u> pour la santé (contrôle a priori)</td></tr>
</table>

b. Le futur encadrement de la publicité des dispositifs médicaux

Les **2° à 7°** visent à modifier le régime de publicité pour l'ensemble des dispositifs médicaux. Ils tendent à aligner les dispositions spécifiques portant sur les DM de diagnostic *in vitro*.

En premier lieu, les régimes de publicité ne s'appliquent plus seulement aux DM. Ils concernent aussi les prestations qui leur sont associées, l'idée étant d'éviter les « *publicités de contournement* », c'est-à-dire les publicités sur les services faisant indirectement référence aux DM.

DOCUMENT PROVISOIRE

En second lieu, des exceptions supplémentaires sont prévues s'agissant de la publicité auprès du public. Sont désormais réservés à la publicité les DM présentant un faible risque pour la santé humaine et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, à l'exception des lunettes et des audioprothèses. Les DM et prestations non remboursables ressortissent au principe de publicité sans exception, en retrait par rapport au droit existant. À la lecture de l'étude d'impact, il semble pourtant que l'intention du Gouvernement est bien de maintenir le dispositif en vigueur. La publicité auprès des professionnels de santé bascule, quant à elle, dans un régime d'autorisation.

Le tableau ci-après présente une synthèse des nouveaux régimes.

LES RÉGIMES DE PUBLICITÉ AU TERME DU PROJET DE LOI

		Publicité auprès du grand public	Publicité auprès du professionnel de santé
Dispositifs médicaux et prestations associées , Dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et prestations associées	Remboursables	Principe d'interdiction à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, lunettes et des audioprothèses	Principe du régime d'autorisation
	Non remboursables	Principe de publicité	Principe de publicité

Le **2°** modifie l'article L. 5213-1 relatif à la définition de la publicité relative aux dispositifs médicaux.

Il en modifie le champ d'application pour en étendre l'application aux prestations associées aux dispositifs médicaux. Il est dorénavant précisé que les informations relatives aux mises en garde, aux précautions d'emploi et aux effets indésirables peuvent aussi relever du cadre de la réactovigilance. Cette modification est une conséquence des 6° et 7° du présent III qui visent à abroger les dispositions spécifiques à la publicité des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*. Il est en effet prévu d'aligner les deux régimes de publicité au sein d'un même chapitre quel que soit le dispositif médical.

Le **3°** procède, quant à lui, à une modification d'ordre cosmétique de l'article L. 5213-2 relatif à la portée de la publicité portant sur les dispositifs médicaux.

DOCUMENT PROVISOIRE

● Précisions portant sur le régime d'interdiction de la publicité auprès du public

Le **4°** modifie l'article L. 5213-3 qui édicte le principe d'interdiction de publicité des dispositifs médicaux auprès du public pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il dispose toutefois que l'interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux « *présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* ».

La modification vise à davantage circonscrire le régime d'interdiction de publicité auprès du grand public. Feront ainsi l'objet d'une autorisation à la publicité les DM présentant un faible risque pour la santé humaine et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie à l'exception des lunettes et des audioprothèses. Pour ces deux derniers DM, l'objectif consiste à préserver une certaine intensité concurrentielle pour diminuer le reste à charge des patients.

La portée de l'article est également étendue aux prestations associées aux dispositifs médicaux.

● La mise en place d'un régime d'autorisation pour la publicité auprès des professionnels de santé

Le **5°** prévoit, au sein de l'article L. 5213-4, un régime d'autorisation préalable de la publicité en faveur des dispositifs médicaux et leurs prestations associées auprès des professionnels de santé ou des distributeurs. Cette autorisation est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) mais ne concerne que les dispositifs médicaux remboursables par l'assurance maladie, en totalité ou partiellement. Enfin, le visa est accordé pour une durée indéterminée, la possibilité étant laissée à l'ANSM de le suspendre en cas d'urgence ou de le retirer par décision motivée.

À l'heure actuelle, le régime d'autorisation, d'une durée de 5 ans, ne s'applique qu'aux dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine et dont la liste est fixée par arrêté. En cas de méconnaissance des dispositions relatives à la publicité, l'ANSM peut prononcer une astreinte ou retirer son visa au terme d'une procédure contradictoire. Ces dispositions s'appliquent aussi bien à la publicité auprès des professionnels de santé qu'à celle pratiquée auprès du public s'agissant des DM non remboursables.

Les nouvelles rédactions ne mentionnent toutefois que les DM remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Il faut en déduire que, s'agissant des DM non remboursables, le principe de publicité sans restriction vaudra aussi bien pour le grand public que les professionnels de santé. Ce régime est en net recul au regard du droit existant qui prévoit qu'une autorisation doit porter pour les DM présentant un risque grave pour la santé. Le rapporteur général suggère de rétablir cette disposition de bon sens.

DOCUMENT PROVISOIRE

● La mise en place d'un régime publicitaire unifié pour tous les dispositifs médicaux

Les **6° et 7°** procèdent à la modification des dispositions relatives l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

Le 6° vise à réécrire l'intégralité de l'article L. 5223-1 et prévoit que sont applicables aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 dans leur rédaction issue du présent projet de loi. Le 7° abroge en conséquence les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 rendues obsolètes par ce renvoi.

● Le renforcement de l'encadrement de la publicité au sein des établissements de santé.

Le **8°** modifie les compétences du directeur d'un établissement public de santé prévues par l'article L 6143-7. Il prévoit désormais qu'il est tenu de définir les conditions de réalisation et d'encadrement des mesures de publicité des produits de santé au sein de son établissement. Cette mission n'intervient qu'après concertation avec le directoire, au terme du huitième alinéa de l'article L. 6143-7, et en tout état de cause, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Les mesures d'encadrement résultent de l'application des chartes de bonne pratique professionnelle visant les visiteurs médicaux, qu'il s'agisse des médicaments ou des dispositifs médicaux, ainsi que des dispositions législatives et réglementaires encadrant la publicité des produits de santé partiellement modifiées par le présent article. Le rapporteur général rappelle en outre que la HAS est fondée à évaluer la mise en place de ces mesures dans le cadre de la certification des établissements de santé.

Pour autant, le champ de la modification opérée par le présent 8° ne correspond pas à celui portée par le 1° du I. Le 8° ne concerne en effet que les établissements publics de santé quand le 1° du I concerne tous les établissements de santé soumis à certification quels que soient leurs statuts. S'agissant des établissements de santé privés, leur statut nécessite des mesures adaptées afin d'éviter toute ingérence dans leur organisation par construction autonome.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 41

Renforcer la régulation du secteur des dispositifs médicaux

Cet article prévoit l'extension, au secteur des dispositifs médicaux qui représente environ 13 milliards d'euros au seul titre des dépenses remboursables, des mécanismes de régulation des dépenses applicables aujourd'hui aux médicaments.

À cet effet, il vise à renforcer sensiblement les capacités d'action du CEPS [(1)] par un soutien de l'assurance maladie prenant la forme d'une mise à disposition « *gratuite* » de personnels et de participation aux dépenses de systèmes d'information.

Il accorde la possibilité au CEPS de diminuer les tarifs et les prix lorsqu'un plafond de dépenses est atteint. Il précise le contenu des accords prévoyant des remises assises sur le volume de vente et en facilite le versement en conditionnant les remises à une prise en charge effective. Il vise à inciter le secteur à produire des données économiques fiables au CEPS en vue de rééquilibrer les conditions de négociation tarifaire. Il modifie en outre le cadre des négociations conventionnelles portant sur les dispositifs médicaux de la ligne générique pour les pharmaciens d'officine. Enfin, il instaure un prix plafond s'agissant des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus des établissements de santé.

I. LES MÉCANISMES DE MAÎTRISE DES DÉPENSES

Le présent texte vise à davantage maîtriser les dépenses de dispositifs médicaux (DM) en renforçant les mécanismes de régulation et en modifiant les conditions de négociation.

1. La fixation des prix

Le premier niveau de régulation concerne la prise en charge du dispositif médical par l'assurance maladie (le tarif de responsabilité) et la fixation d'un prix maximal de vente (le prix). Ces deux montants sont déterminés par une négociation entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les fabricants et distributeurs des dispositifs médicaux pour les seuls produits et prestations inscrits sur une liste (la liste des produits et prestations remboursables ou LPPR). En dehors de ce cas de figure, le prix de vente est libre et la prise en charge est inexistante.

Dans le cas particulier des établissements de santé, le prix de vente est actuellement négocié directement avec le fabricant ou le distributeur. C'est notamment le cas des dispositifs médicaux dont le coût est tel qu'il ne peut pas être intégré dans la tarification établie pour les activités de court séjour. En ce cas, l'établissement est remboursé à due concurrence du tarif de responsabilité négocié entre le CEPS et les représentants du secteur. Pour maîtriser les prix de vente aux

(1) Comité économique des produits de santé

DOCUMENT PROVISOIRE

établissements de santé, le texte prévoit désormais un prix administré aligné sur le prix maximal de vente négocié avec le CEPS.

2. La régulation par les prix ou le volume

Le second niveau de régulation implique une approche par les prix ou tarifs ou par les volumes. C'est sur ce niveau de régulation que le présent texte entend principalement agir s'agissant des dispositifs médicaux.

Une première modalité d'action permet l'ajustement à la baisse des tarifs et des prix par la voie conventionnelle sur le fondement de critères limitativement énumérés. Pour les DM, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 en a d'ailleurs précisé le cadre.

Une deuxième modalité d'action portant sur les prix et les tarifs, aujourd'hui applicable aux médicaments, est introduite par le présent projet de loi pour les DM. Il étend au secteur des dispositifs médicaux la possibilité pour le CEPS de fixer unilatéralement une baisse de la prise en charge (tarif) ou du prix de vente au-delà d'un montant de remboursement par la sécurité sociale.

Une troisième modalité d'action consiste en une régulation de la dépense par les volumes de vente. Un accord peut être ainsi conclu avec le CEPS afin de prévoir des remises. Ces remises permettent d'atteindre l'objectif de dépenses mais n'emportent pas de modification sur le prix de vente ou la prise en charge. Le présent texte précise le contenu des accords conventionnels sur ce point et facilite le versement des remises en les conditionnant à une prise en charge effective.

3. L'équilibre des parties dans le cadre de la négociation conventionnelle

Un troisième type de mesure vise à corriger l'asymétrie d'information ente le CEPS et les représentants du secteur des dispositifs médicaux. Le texte incite les représentants du secteur à produire au CEPS un certain nombre de données économiques lui permettant de rééquilibrer la négociation. Il s'agit notamment de données comparatives provenant des autres pays de l'Union européenne.

II. LA CONTRIBUTION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU FONCTIONNEMENT DU CEPS

S'inspirant des constats formulés par la Cour des comptes dans son dernier rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale, l'article prévoit le renforcement des moyens humains et matériels du Comité économique des produits de santé (CEPS).

La Cour des comptes, dans l'optique de mieux maîtriser les dépenses de santé, appelle à un renforcement des moyens humains et financiers du CEPS, compte tenu de l'importance du marché des médicaments remboursables (34 Md€ pour les seuls médicaments remboursables). Elle plaide en faveur d'une évolution

DOCUMENT PROVISOIRE

institutionnelle du CEPS en proposant une autonomie de gestion (établissement public ou autorité administrative indépendante). La Cour des comptes relève ainsi que « *les systèmes d'information du CEPS ne lui permettent pas, en leur état actuel, d'être alerté de l'arrivée à échéance des clauses de remises et d'engager des révisions de prix fabricant* ».

Le Gouvernement a fait le choix de l'augmentation des moyens mis à la disposition du CEPS sans aller jusqu'à une évolution institutionnelle. Le **1°** de l'article prévoit ainsi la participation de l'assurance maladie obligatoire au fonctionnement du CEPS avec un nouvel article L. 162-17-3-1.

● Cette participation prend la forme d'une mise à disposition de personnels des caisses d'assurance maladie dans une limite fixée par un arrêté ministériel. Cette mesure est motivée par des engagements antérieurement pris pour le renforcement des capacités d'action du CEPS avec 6 ETP supplémentaires, répartis entre 3 ETP déployés par l'administration et 3 ETP mis à disposition par l'assurance maladie.

Le régime légal de la mise à disposition de personnels privés suppose cependant le remboursement par l'État à l'assurance maladie de la masse salariale correspondant aux effectifs [(1)]. Dès lors que l'accord vise à faire participer l'assurance maladie aux missions du CEPS, il est nécessaire de déroger aux dispositions légales en prévoyant expressément que la mise à disposition n'est pas assortie d'un remboursement par l'État.

Les effectifs concernés permettraient de renforcer notamment le secteur consacré aux DM.

● Elle prend également la forme d'une participation aux dépenses de fonctionnement et de maintenance des systèmes d'informations relatifs aux produits de santé dont le montant est arrêté par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Ces renforts permettraient de doter le CEPS de moyens suffisants pour l'aider à mieux assurer l'instruction de dossiers complexes et à forts enjeux financiers tout en améliorant la capacité de traitement des demandes d'inscription. Il a également été précisé au rapporteur général que « *le système d'information visé par cet article concerne à la fois des activités relevant de la compétence des ministres comme des activités relevant de la compétence du CEPS* ».

La participation de l'assurance maladie permettrait de doter le CEPS d'une capacité d'expertise des informations qui lui sont transmises. Dans son rapport d'application, la Cour des comptes souligne ainsi la dépendance du comité aux données transmises par le groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques dont les membres sont issus de l'industrie du médicament. Elle plaide

---

(1) Article 43 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

DOCUMENT PROVISOIRE

en faveur d'une capacité de contre-expertise en s'appuyant notamment sur la comparaison des données fournies par le système national d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM).

III. DE NOUVELLES MODALITÉS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DE DISPOSITIFS MÉDICAUX

1. La mise en place d'un mécanisme de diminution des prix et des tarifs

Le **2°** tend à modifier l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale qui autorise le CEPS à fixer 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. L'article concerne actuellement les médicaments ou les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation relevant des activités de court séjour (MCO) et long séjour (SSR). La mesure étend cette possibilité aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPRR) de l'article L. 165-1 tant pour le tarif que les prix.

2. Une obligation de déclarations d'informations portant sur les données économiques

Le **3°** insère un nouvel article L. 165-2-1 au sein du code de la sécurité sociale visant à s'assurer que le CEPS dispose de l'ensemble des données économiques lors des négociations avec les entreprises du secteur des dispositifs médicaux. Ces informations touchent :

– aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente, aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans les autres pays de l'Union européenne ;

– aux « *conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France* ».

DOCUMENT PROVISOIRE

Les dispositions applicables au secteur des médicaments

La mesure proposée par le présent projet de loi de financement s'inspire de l'article L. 162-17-7 du code de la sécurité sociale sans embrasser une rédaction identique.

Cet article prévoit des pénalités susceptibles d'être infligées par le CEPS à une entreprise pharmaceutique lorsque les informations qu'elle a à connaître « *conduisent à modifier les appréciations portées […] notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu* ». La pénalité financière est plafonnée à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.

Le présent article s'écarte toutefois de la rédaction de l'article L. 162-17-7 qui ne prévoit pas de dispositions particulières pour la transmission de données économiques pour le secteur des médicaments. Dans ses réponses au rapporteur général, le Gouvernement précise que « *les difficultés d'information du CEPS sur ce champ* [des médicaments] *sont toutefois plus limitées, notamment parce que le CEPS dispose de bases de données regroupant des informations sur les conditions de prise en charge dans différents pays européens* ».

Dans le présent article, la pénalité financière peut être infligée, au terme d'une procédure contradictoire, dès lors que le fabricant ou le distributeur fournit des « *données manifestement erronées* ». La pénalité porte soit sur le fabricant soit sur le distributeur.

Son montant est proportionné à la gravité du manquement, tout en étant plafonné à 10 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France au cours du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Une assiette particulière est prévue en cas de première inscription sur la liste des produits et prestations remboursables : la pénalité est ainsi fixée à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes pour la France, estimé sur « *la base de la population de patients* » concernée par le dispositif ou la prestation.

Cet article prévoit enfin les modalités de recouvrement de la pénalité par les URSSAF et son affectation à l'assurance maladie obligatoire.

3. La représentation des pharmaciens d'officine aux négociations conventionnelles portant sur les dispositifs médicaux de la ligne générique

Le **4°** modifie l'article L. 165-3-3, institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui fixe notamment les modalités de participation aux négociations des fabricants et des distributeurs sur les tarifs de responsabilité et les prix des dispositifs médicaux faisant l'objet d'une inscription sur la LPPR sur une ligne générique ou générique renforcée.

DOCUMENT PROVISOIRE

Procédure d'inscription des dispositifs médicaux en vue d'une prise en charge

L'inscription peut être effectuée de deux manières :

– sous la forme d'un nom de marque pour les produits présentant un caractère innovant ou qui nécessitent un suivi particulier pour des raisons techniques, économiques ou de santé publique [(1)] ;

– sous la forme d'une description générique sans référence à un nom de produit ou de société. En pratique, les entreprises procèdent à une auto-inscription en déterminant elles-mêmes la ligne générique dont elles estiment que leur produit relève. En raison de problèmes sanitaires posés par l'inscription de certains dispositifs médicaux, la loi prévoit une description générique renforcée destinée à renforcer les mécanismes de traçabilité et de contrôle. Ce mode d'inscription comporte une déclaration de conformité auprès de l'ANSM établie par un organisme compétent désigné par l'agence.

Le 4° modifie son II relatif aux négociations impliquant les distributeurs. Deux conditions cumulatives doivent aujourd'hui être satisfaites :

– faire connaître au CEPS une intention de négocier ;

– justifier 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 apprécier la part du montant remboursé, le cadre juridique actuel prévoit une méthode de calcul fondée sur les volumes de vente du distributeur auxquels s'applique le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, le droit actuel assortit cette appréciation d'une règle relative au poids des organisations négociatrices. À cet effet, chaque participant à la négociation indique au CEPS les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation est aussi invité à déclarer s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation.

Le présent 4° vise à prévoir une disposition particulière pour la négociation impliquant les pharmaciens d'officine sous la forme d'une représentation automatique par leurs syndicats représentatifs sauf opposition des pharmaciens titulaires d'officine. Le poids de ces derniers est ensuite apprécié selon les conditions précisées ci-avant. Cette modification est justifiée par la souplesse des modalités de représentation.

Enfin, le texte prévoit une méthode de répartition du volume de ventes de chacun des syndicats appelés à négocier. Sur la base des données de l'assurance maladie, les volumes de vente de la totalité des pharmacies d'officine sont

(1) Article R. 165-3 du code de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

pondérés par l'audience syndicale. Il est néanmoins précisé qu'en sont défalqués les volumes de ventes des pharmaciens ayant notifié leur opposition.

4. Le cadre renouvelé des accords portant sur les volumes de vente

Le **5°** tend à modifier l'article L. 165-4 relatif aux conventions portant sur les volumes conclues entre le CEPS et les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux. Cet article prévoit la possibilité d'opérer des remises portant sur le chiffre d'affaires réalisé en France des dispositifs médicaux pris en charge par la sécurité sociale.

Le ***a)*** tend à préciser l'objet de ces conventions.

Il indique tout d'abord, qu'outre les volumes de vente, les conventions peuvent comporter différents critères :

– 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 de prestations comparables ;

– les critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2 qui précisent respectivement les conditions de définition et les critères de révision des tarifs de responsabilité.

Le texte prévoit également que « *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* ». Cette phrase vise à prendre en compte l'activité des entreprises, non parties à l'accord, commercialisant des produits comparables à ceux qui font l'objet de la convention. Le versement de la remise, adaptée aux entreprises parties à l'accord, sera ainsi déclenché selon un critère qui prend en compte l'ensemble des produits comparables.

Le Gouvernement justifie ces modifications en rappelant que l'article « *vient préciser les éléments principaux sur lesquels la négociation des remises peut s'effectuer* », à l'instar de l'article 98 de loi de financement pour 2017 qui « *avait précisé les critères sur lesquels se fondait la négociation de prix ou de tarifs des dispositifs médicaux* ». Il souligne également que « *l'explicitation des différents critères permet en outre de donner une meilleure visibilité de l'action du CEPS à l'ensemble des parties prenantes* ».

Le ***a)*** étend également l'assiette permettant de calculer le montant de la remise. Il est également assis sur le chiffre d'affaires portant sur les produits. L'appréciation du chiffre d'affaires est désormais étendue aux prestations.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le ***b)*** insère, après le premier alinéa de l'article L. 165-4, un nouveau II composé de trois alinéas.

Le premier d'entre eux est destiné à subordonner la prise en charge des dispositifs médicaux et des prestations associées au versement effectif de remises par les fabricants ou distributeurs. Le CEPS est notamment habilité à préciser qui du distributeur ou du fabricant est chargé de s'acquitter de la remise.

L'objet des remises est également précisé. Celles-ci peuvent s'attacher à un produit ou une prestation mais peuvent également concerner des produits et prestations comparables ou répondant aux mêmes visées thérapeutiques [(1)], auquel cas l'évaluation de la remise devra tenir compte des volumes de vente.

Les deux derniers alinéas du II précisent les conditions de fixation des remises :

– pour les produits et prestations inscrits sous forme de marque ou de nom commercial, une convention pourra être conclue entre le CEPS et le fabricant ou le distributeur. En l'absence de convention, la remise pourra relever d'une décision du comité ;

– pour les produits et prestations relevant des descriptions générique ou générique renforcée, les remises sont également fixées par la voie conventionnelle mais entre le CEPS d'une part et l'ensemble des fabricants et distributeurs concernés d'autre part. Les modalités de représentations de ces acteurs répondent aux critères définis par l'article L. 165-3-3 modifié par le présent article (*cf.* 3 du présent III). À défaut de convention, les remises sont fixées par le CEPS.

Selon les informations transmises au rapporteur général, « *l'ajout essentiel du* b) *consiste* […] *à rendre applicable la procédure de négociation des prix et des tarifs (L. 165-3-3) pour les dispositifs pris en charge par description générique au cas de la négociation des remises* ». Il n'existe actuellement pas de cadre permettant de négocier des remises engageant globalement les entreprises avec les organisations représentant les fabricants ou distributeurs. La contractualisation individuelle n'aurait pas permis d'arriver au même résultat et, en tout état de cause, aurait créé une rupture d'égalité de traitement entre entreprises volontaires et entreprises réfractaires aux accords.

Le ***c)*** modifie enfin le deuxième alinéa de l'article L. 165-4 relatif au suivi des dépenses relatives aux dispositifs médicaux et leur compatibilité avec le respect de l'ONDAM. Cet alinéa, qui constitue le nouveau III de l'article L. 165-4, est modifié pour élargir le suivi des dépenses aux prestations associées aux DM alors qu'il est aujourd'hui circonscrit aux produits.

---

(1) Le terme de visée thérapeutique est un terme qui permet de viser des dispositifs médicaux remplissant des fonctions semblables.

DOCUMENT PROVISOIRE

5. Un prix désormais administré pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus

Le **6°** modifie enfin l'article L. 165-7 relatif aux conditions de prise en charge des dispositifs médicaux et de leur prestation relevant de la liste en sus dans les établissements de santé.

Pour les activités relevant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), la rémunération des actes, séjours et prestations hospitalières fait l'objet d'une tarification unique et englobante. Or, ces tarifs de référence ne permettent pas de couvrir la prise en charge des dispositifs médicaux innovants ou onéreux. Les établissements de santé sont ainsi fondés à facturer à l'assurance maladie les dispositifs médicaux inscrits sur une liste particulière, dite liste en sus.

L'article L. 165-7 dispose que la prise en charge par l'assurance maladie s'élève à concurrence du tarif de responsabilité défini dans le cadre de l'accord conclu par le CEPS et les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux (article L. 165-2). Il prévoit en outre un mécanisme d'intéressement des établissements de santé afin de les inciter à négocier à la baisse les prix des dispositifs médicaux. En cas de facturation inférieure au tarif de responsabilité, l'établissement de santé est remboursé sur la base de la facture majorée. En cas de prix de vente supérieur au tarif de responsabilité, le reste à charge ne peut être facturé au patient.

Le présent texte apporte de nouvelles garanties aux établissements de santé. Il prévoit désormais un prix limite de vente des dispositifs médicaux aux établissements alignés sur les prix négociés entre le CEPS et les fabricants et distributeurs.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 42

Uniformisation et renforcement du mécanisme de demande d'autorisation préalable

Cet article prévoit notamment l'inscription de la mention « *non remboursable* » sur l'ordonnance du prescripteur en cas d'absence d'accord de prise en charge par l'assurance maladie.

L'article précise les critères de déclenchement de la procédure : de nature alternatifs, les critères sont désormais au nombre de quatre. L'existence d'alternatives moins coûteuses constituera un nouveau critère justifiant le recours à la procédure tandis que le critère du « *caractère particulièrement coûteux* » pourra être excipé en cas de risque ou de mésusage anticipés. Le texte prévoit explicitement la règle du silence vaut acceptation, le délai étant désormais variable selon la nature de la prestation.

L'article dispose que l'initiative de la procédure, aujourd'hui dévolue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), pourra revenir aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale soit en formulant une proposition à l'UNCAM, soit directement lors de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit.

L'article organise aussi le contrôle *a posteriori* de la mise en œuvre effective de la procédure. Il charge les distributeurs de s'assurer que l'accord de prise en charge a bien été rendu sous peine de recouvrement de l'indu.

I. LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE, OUTIL DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

La demande d'accord préalable vise à subordonner la prise en charge de certains actes et prestations à une autorisation délivrée par l'assurance maladie.

L'accord préalable est ainsi utilisé pour un certain nombre de prestations : médicamenteuses (Rosuvastatine, médicaments hypocholesterolémiants), de transports ou de soins.

Au terme de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, l'accord préalable s'applique aux prestations dont :

– la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical (recommandations de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou de l'Institut nationale du cancer) [(1)] ;

– la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles. Ce critère est apprécié au

(1) Décision du 24 juin 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la procédure d'accord préalable des prestations de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale en application des dispositions de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

regard d'études de pharmacovigilance ou de pharmacovigilance, des recommandations de la Haute Autorité de santé ou des études d'équivalence thérapeutique [1] ;

– le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer notamment l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie. Ce critère s'apprécie soit pour des prestations « *intrinsèquement coûteuses* », soit pour « des *prestations dont l'utilisation massive ou non conforme aux recommandations engendre un coût global important* » [2].

La rédaction du code ne permet pas de conclure précisément au caractère alternatif ou cumulatif des critères. Cette rédaction suffisamment souple a donné toute latitude à l'État pour mobiliser les critères de façon alternative. Il suffit donc qu'un des critères soit convoqué pour engager la procédure.

L'application de ce dispositif suppose ensuite qu'une demande soit formulée par le prescripteur auprès du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

L'accord préalable peut aussi concerner des professionnels de santé fortement prescripteurs et les établissements de santé.

II. LES ÉVOLUTIONS OPÉRÉES PAR LE TEXTE

Le **I** procède à diverses modifications affectant le code de la sécurité sociale de nature à renforcer l'effectivité de la procédure de demande d'accord préalable. Le **II** fixe le régime des décisions d'accord préalable prises antérieurement à l'application du présent texte.

1. L'ajout de la mention « *non remboursable* » sur les ordonnances en l'absence de prise en charge

Le **1° du I** tend à modifier l'article L. 162-4 qui encadre les conditions de prescription des médecins.

Ces derniers sont tenus de signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent. Ce signalement s'appliquera désormais aux prestations qui ne font pas l'objet d'un accord de prise en charge ou dont la demande de prise en charge est en cours d'instruction. Le champ des prestations couvre l'assurance maladie, la maternité, l'invalidité, les prestations relevant de l'aide médicale d'État ou des soins urgents.

Cette mesure se justifie par la nécessité de davantage informer le patient. Elle renforce également la portée de l'obligation d'information dès le stade de la

(1) op. cité.

(2) op cité.

DOCUMENT PROVISOIRE

prescription. À l'heure actuelle, le sixième alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale dispose que le bénéfice des prestations est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable. Cette obligation d'information ne pèse cependant qu'au moment de la prise en charge.

2. Le déclenchement de la procédure de demande d'accord préalable

Le **2° du I** procède à la modification de l'article L. 315-2 qui détermine les conditions de l'accord préalable. Il révise les critères de déclenchement tout en étendant l'initiative à l'État.

a. Des critères de déclenchement dûment précisés

Le ***a)*** procède à une modification d'ordre cosmétique. Le premier alinéa constituera le I de l'article L. 315-2.

Le ***b)*** emporte plusieurs modifications.

En premier lieu, il regroupe au sein d'un II les quatre alinéas suivants tout en incluant l'alinéa inséré par le *f)* du présent 2°.

En deuxième lieu, il prévoit explicitement un délai de réponse implicite d'acceptation de l'assurance maladie, éventuellement différent selon la nature de la prestation. En l'état actuel du droit, un tel délai de réponse existe déjà même s'il s'applique uniformément. L'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale en fixe le délai à quinze jours.

Le cadre légal et réglementaire ne permet pas aujourd'hui de moduler le délai selon les prestations. L'intention du Gouvernement n'est pas de multiplier exagérément le nombre de délais distincts. Si l'objectif demeure toujours de rendre une décision rapide, il doit cependant être tenu compte de la complexité de certaines prises en charge ou des enjeux financiers. Dans ces deux derniers cas, le temps imparti pourra sans doute être plus long afin que l'examen du dossier puisse être convenablement effectué.

En dernier lieu, le ***b)*** met fin à l'ambiguïté relative aux critères d'appréciation justifiant l'accord préalable. La nouvelle rédaction prévoit expressément qu'ils peuvent être pris isolément.

Les ***c)*** à ***f)*** tendent à préciser les critères de déclenchement de la procédure de demande d'accord préalable.

Cet objectif aurait pu être atteint par une décision du collège des directeurs de l'UNCAM, comme c'est aujourd'hui le cas. Mais, ce vecteur n'aurait pas permis de satisfaire les obligations européennes en matière de transparence. Au terme du droit européen, les critères décisionnels doivent en effet être objectifs et transparents. Une transcription législative se justifie pleinement de ce point de vue. Du reste, des échanges avec le Gouvernement, il ressort que la rédaction

DOCUMENT PROVISOIRE

actuelle, plutôt équivoque, ne permettait pas de parvenir à une application uniforme. Le projet de loi est donc l'occasion de préciser les critères de déclenchement afin d'éviter des contentieux inutiles.

Au-delà d'une modification d'ordre rédactionnel, le *c)* précise la portée du premier critère d'engagement de la demande d'accord préalable. La nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical. La portée de l'appréciation est complétée par une mention envisageant le risque « *prévisible ou avéré* » de non respect des indications ouvrant droit à prise en charge ou de mésusage.

Le ***d)*** procède à une stricte modification d'ordre rédactionnel portant sur le deuxième critère de déclenchement.

Le ***e)*** précise la portée du dernier critère de déclenchement portant sur le « *caractère particulièrement coûteux* ». La nouvelle rédaction autorise un déclenchement fondé sur l'anticipation d'un risque de dérapage des dépenses alors que la procédure n'est aujourd'hui lancée qu'*a posteriori*. L'appréciation peut se fonder non seulement sur le coût unitaire de la prestation mais également sur le volume global des prestations prises en charge.

Le ***f)*** vise à introduire un quatrième critère de déclenchement fondé sur le constat du recours à des prestations moins coûteuses. Cette modification est particulièrement structurante compte tenu du taux de prescription en matière de génériques. Elle permettra aussi de cibler le cas des nouveaux produits, particulièrement onéreux, dont l'efficacité n'est pas avérée. L'objectif vise à influer sur la structure de prescription : à efficacité comparable, il s'agit d'orienter la prescription vers le produit dont le coût est le moins élevé pour l'assurance maladie.

b. L'initiative du déclenchement partagée par l'assurance maladie et l'État

Le ***g)*** regroupe au sein d'une même subdivision les sixième et septième alinéas de l'article L. 315-2 dans sa rédaction actuelle ainsi que les deux alinéas insérés par le *h)*.

Le ***h)*** tend à modifier l'initiative du recours à la demande d'accord préalable. Trois possibilités de déclenchement sont désormais prévues :

– selon l'initiative de l'UNCAM comme c'est aujourd'hui le cas ;

– selon une initiative partagée entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et l'UNCAM. Les ministres pourront en effet saisir le collège des directeurs de l'UNCAM d'une proposition. Au terme d'un délai fixé par décret et en l'absence d'une action du collège, un arrêté interministériel déclenchera la procédure.

DOCUMENT PROVISOIRE

– selon l'initiative des seuls ministres de la santé et de la sécurité sociale pour les inscriptions ou renouvellement d'inscription de certains produits de santé : médicaments délivrés en ville (article L. 162-17 du code de la sécurité sociale), des médicaments relevant de la liste en sus pour les activités de court et de longs séjours (articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code), des dispositifs médicaux relevant de liste des produits et prestations remboursables (article L. 165-1 dudit code), les médicaments relevant de la liste à l'usage des collectivités (L. 5123-1 du code de la santé publique), les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (article L. 5121-12 du même code), du régime « post-ATU » (article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale) ou d'une recommandation temporaire d'utilisation (article L. 162-17-2-1 du même code). Un décret en Conseil d'État en fixe les conditions d'application.

Les ***i)*** et ***j)*** regroupent les avant-dernier et dernier alinéas de l'article L. 315-2 respectivement au sein d'un IV et d'un V. le *i)* procède en outre à des mesures de coordination.

c. La mise en place d'un contrôle a posteriori

Le **3° du I** vise à rétablir un article L. 315-3 relatif au contrôle de la mise en œuvre effective de l'accord préalable. Il précise que, s'agissant des produits et prestations associées soumises à accord préalable, le pharmacien, le prestataire de service et tout autre distributeur de matériels doivent s'assurer que l'accord de prise en charge a été rendu. Le dispositif précise en outre que l'intéressé est « *tenu d'agir conformément à la décision du service du contrôle médical* ».

Le manquement à cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu dans les conditions de l'article L. 133-4 : en l'espèce, le recouvrement n'est pas opéré auprès de l'assuré social mais bien auprès du distributeur (pharmacien, prestataire de service et autre distributeur de matériels).

d. Le sort des décisions prises avant l'application de la présente loi

Le **II** fixe le régime transitoire des décisions prises par le collège des directeurs de l'UNCAM qui sont aujourd'hui prises sur le fondement du quatrième alinéa de l'article L. 315-2 dans sa rédaction actuelle. Afin d'éviter tout contentieux, il est précisé que ces décisions, prises sur le fondement des anciens critères, continueront de s'appliquer jusqu'à l'intervention de nouvelles décisions.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 43

Extension de la mise sous objectifs et la mise sous accord préalable à tous les prescripteurs

Cet article vise à étendre les procédures de mise sous objectif et de mise sous accord préalable à tous les professionnels de santé. L'intention du Gouvernement est de prévoir leur application aux sages-femmes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes pour les prescriptions qu'ils sont amenés à délivrer.

L'article a également vocation à préciser les critères de ciblage qui permettent d'en justifier le recours.

Il prévoit enfin le non-remboursement des prestations réalisées dans les établissements de santé omettant de faire une demande d'accord préalable.

I. LA MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE ET LA MISE SOUS OBJECTIF : UNE ALTERNATIVE DESTINÉE À ACCOMPAGNER LES MÉDECINS FORTEMENT PRESCRIPTEURS

1. L'accompagnement des médecins libéraux fortement prescripteurs

L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale prévoit les procédures de mise sous accord préalable (MSAP) et de mise sous objectif (MSO) des médecins libéraux. Ces procédures sont engagées lorsqu'ont échoué les actions menées par l'assurance maladie pour accompagner les médecins fortement prescripteurs dans l'amélioration de leur pratique médicale. Elle consiste à cibler les médecins dont les prescriptions sont sensiblement supérieures aux moyennes constatées dans un territoire donné pour la même activité.

La MSO constitue une alternative à la MSAP. Elle vise à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai en accord avec le prescripteur.

Ce n'est qu'en cas de refus du médecin que la MSAP est engagée. Cette dernière vise à subordonner à l'accord préalable de l'assurance maladie pour une durée de six mois les prescriptions des actes, produits ou prestations inscrits aux nomenclatures, de transports sanitaires ou d'arrêts de travail. L'objectif vise à réduire l'écart entre les pratiques moyennes observées sur le territoire et celle du médecin.

Il s'agit d'une procédure contradictoire, le médecin devant être mis en mesure de présenter ses observations. Est également requis l'avis d'une commission placée auprès de l'assurance maladie, à laquelle participent des professionnels de santé.

DOCUMENT PROVISOIRE

2. L’accompagnement des établissements vers la pertinence des soins

La MSAP peut aussi s’appliquer aux établissements de santé. Prévue par l’article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, elle consiste à subordonner la prise en charge par l’assurance maladie de certains soins à l’accord préalable du service du contrôle médical de l’organisme local d’assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois.

La décision est prise par le directeur général de l’agence régionale de santé, sur proposition du directeur de l’organisme local d’assurance maladie après la mise en place d’une procédure contradictoire.

En ce cas, l’établissement de santé ne peut facturer au patient les prestations d’hospitalisation qui font l’objet d’un refus de prise en charge. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, la procédure s’applique à l’ensemble des prestations d’hospitalisation, des actes et des prescriptions délivrées par l’établissement de santé.

II. L’EXTENSION DU CHAMP DE LA MISE SOUS OBJECTIF ET DE LA MISE SOUS ACCORD PRÉALABLE

L’article vise à étendre le champ d’application de la mise sous accord préalable et d’en réviser les critères de ciblage pour la ville. Il a également pour objet d’étendre aux établissements de santé le non-remboursement des actes et prestations lorsque celui-ci ne sollicite pas l’accord préalable du service du contrôle médical.

1. La procédure dans le cadre de la médecine de ville

Le **I** vise à modifier l’article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale afin d’étendre la portée de la procédure de mise sous accord préalable et de mise sous objectif.

a. Une extension à tous les professionnels de santé

Le **1° du I** l’étend à tous les professionnels de santé. Il s’agit ici de permettre la MSAP des sages-femmes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes pour les prescriptions qu’ils sont amenés à délivrer :

– au terme de l’article L. 4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à prescrire des dispositifs médicaux ou des médicaments figurant sur une liste limitative ainsi que les « *examens strictement nécessaires à l’exercice de leur profession* ». L’article L. 321-1 du code de la sécurité sociale dispose qu’elles peuvent prescrire des arrêts de travail ;

– au terme de l’article L. 4311-1 du même code, les infirmiers sont autorisés à renouveler les prescriptions, datant de moins d’un an, de médicaments

DOCUMENT PROVISOIRE

une durée maximale de six mois. Ils sont aussi habilités à prescrire des dispositifs médicaux figurant dans une liste limitative ;

– au terme de l'article L. 4321-1 dudit code, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an et sont habilités à prescrire des dispositifs médicaux dans le cadre d'une liste limitative.

b. La révision des critères de ciblage

Le **2° du I** procède à une modification d'ordre rédactionnel portant sur le troisième alinéa du I de l'article L. 162-1-15 précité. Cet alinéa fixe les critères de ciblage des arrêts de travail délivrés par les médecins au regard de leurs confrères exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé. Compte tenu de l'extension du champ aux autres professions de santé, il est précisé que la comparaison est bien effectuée au sein de la même profession.

Le **3° du I** vise à réviser les critères de ciblage de la MSAP pour les arrêts de travail et les prescriptions d'un acte, produit ou prestation. L'évaluation des écarts repose aujourd'hui sur le nombre de prescriptions rapporté aux consultations effectuées. La modification consiste à rapporter ces prescriptions au nombre de patients concernés par « *un acte ou une consultation* » sur une période donnée.

Selon l'étude d'impact, cette modification permettrait « *d'éviter une neutralisation des critères de ciblage par une répétition des actes par le professionnel* ». Il s'agit aussi de prendre en compte « *les situations liées à la réalisation d'actes techniques et non uniquement de consultation*s ». La rédaction permet ainsi d'inclure les actes spécifiques effectués par les médecins spécialistes ainsi que ceux effectués par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, le terme de « *consultations* », actuellement employé dans le code, est trop restrictif et ne concerne que les médecins et les sages-femmes.

Le **4° du I** prévoit d'adapter également les critères retenus pour le ciblage des prescriptions de transport. Il vise d'une part le montant remboursé et non plus seulement le nombre de prescriptions. En effet, un nombre important de prescriptions effectué par le même professionnel n'entraîne pas nécessairement un montant élevé de dépenses. Il vise d'autre part à rapporter le nombre de prescriptions ou leur montant au nombre de patients concernés dans les mêmes conditions terminologiques que le 3° du I. Là encore, la rédaction a été modifiée pour tenir compte des actes et des soins plutôt que du terme trop restrictif de « *consultations* ».

Le **5° du I** vise à préciser la portée du ciblage portant sur les prescriptions d'acte, produit ou prestation. Comme pour le 2°, il est précisé que toute comparaison est effectuée au sein de la même profession. Le 5° dispose en outre

DOCUMENT PROVISOIRE

que le décompte des actes ne doit pas inclure ceux qui résultent d'une prescription médicale « *précisant expressément leur nombre* ».

2. La procédure dans le cadre des établissements de santé

Le **II** vise à modifier l'article L. 162-1-17 relatif à la MSAP des établissements de santé. Actuellement, cet article prévoit qu'en pareil cas, l'établissement de santé qui délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge n'est pas remboursé. L'article dispose que l'établissement ne peut les facturer au patient.

La portée de l'article est modifiée afin de pénaliser les établissements de santé qui omettent de demander l'accord préalable à l'assurance maladie.

*

* *

CHAPITRE IV
Moderniser le financement du système de santé

Article 44
Report de certaines dispositions du règlement arbitral dentaire

Un règlement arbitral exceptionnel a été prévu par l'article 75 de la loi de financement pour 2017 en cas d'échec des négociations engagées sur un avenant à la convention entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes. Approuvé le 29 mars 2017 par le Gouvernement de la précédente majorité, le règlement arbitral est publié et appliqué. Il prévoit notamment des dispositions portant sur la réévaluation des soins conservateurs et des soins prothétiques. Ce règlement constitue le cadre juridique des relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes.

Faisant suite aux intentions de la ministre des solidarités et de la santé, cet article vise à reporter l'entrée en application des dispositions litigieuses du règlement portant sur le rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux d'une part, sur la réévaluation des actes conservateurs des tissus dentaires d'autre part. Cette mesure permettra aux parties prenantes d'engager de nouvelles négociations en vue de dégager un accord convenant à tous les acteurs.

Si le report « donne du mou », il va sans dire, qu'en cas de nouvel échec, les dispositions non consensuelles trouveront à s'appliquer dès 2019.

DOCUMENT PROVISOIRE

I. LES ENJEUX DU RÈGLEMENT ARBITRAL DENTAIRE

La convention relative aux rapports entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes a été reconduite en juin 2016. Des négociations ont ensuite été ouvertes sur un avenant relatif à la réévaluation des soins conservateurs et des soins prothétiques au sein de la rémunération des chirurgiens-dentistes. Alors que les négociations suivaient leur cours, la loi de financement pour 2017 a défini une procédure subsidiaire en cas d'échec des négociations se concluant par un règlement arbitral.

Le texte prévoit, qu'à défaut de la signature d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes au 1er février 2017, un arbitre aura la responsabilité d'arrêter un projet de convention, « *dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* ».

Dans ce cadre un règlement arbitral a été rédigé par le président de chambre honoraire à la Cour des comptes Bertrand Fragonard. Soumis à la ministre des Affaires sociales et de la santé, il a été approuvé par un arrêté du 29 mars 2017 publié au Journal officiel. Il prévoit des mesures articulées autour de quatre axes :

– le plafonnement des tarifs des prothèses et l'augmentation de la base de remboursement des couronnes ;

– l'amélioration de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS) ;

– l'amélioration de la prévention et la revalorisation des soins courants ;

– l'amélioration de la prise en charge des patients à risques (handicap mental sévère, patients diabétiques).

Dans une annonce datée de juillet 2017, la ministre des solidarités et de la santé a souhaité la mise en place de nouvelles négociations portant sur les dispositions litigieuses entre L'UNCAM et les représentants des chirurgiens-dentistes. Des lignes directrices ont été adressées à cet effet au directeur général de l'UNCAM le 18 juillet 2017. Afin de laisser toute sa chance à la conclusion d'un accord, il convient de procéder au report de l'application des dispositions pour lesquelles des divergences subsistent.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Cet article prévoit de reporter l'entrée en vigueur des dispositions du règlement arbitral relatives au rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux d'une part, à la réévaluation des actes conservateurs des tissus dentaires d'autre part (pose des couronnes notamment).

DOCUMENT PROVISOIRE

Il ne faut cependant pas se méprendre sur la portée de cet article.

Le rapporteur général précise qu'hormis cette exception, le règlement arbitral constitue toujours le cadre juridique des relations entre l'UNCAM et les chirurgiens-dentistes. Ainsi, les arrêtés qui accompagnent celui du règlement arbitral et qui prévoient l'amélioration du remboursement des actes effectués auprès des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont maintenus.

L'article ne met donc pas fin au règlement arbitral et n'a pas vocation à s'y substituer. Il ne supprime pas non plus ses éléments litigieux. Il ne fait que surseoir à leur application, le temps pour les partenaires conventionnels de se mettre d'accord sur des termes qu'ils jugeraient plus appropriés.

La présentation de cette mesure dans le cadre d'une loi de financement est justifiée à double titre :

– d'une part, l'intervention du législateur est nécessaire. L'arbitre prévu par l'article 75 de la loi de financement pour 2017 n'est plus compétent en raison de l'approbation du règlement par voie d'arrêté. Le règlement arbitral constitue ainsi le cadre juridique des relations entre L'UNCAM et les chirurgiens-dentistes. En l'état actuel du droit, il emporte plein effet y compris dans ses dispositions les moins consensuelles. Le législateur ayant prévu la possibilité d'un règlement arbitral pour un avenant, le parallélisme des formes exige son intervention si l'on veut surseoir aux éléments litigieux.

– d'autre part, elle emporte des modifications sur l'équilibre des comptes sociaux pour l'année 2018 et les années suivantes. Le report des mesures de revalorisations des actes se traduit par une économie de 152 millions d'euros pour l'année 2018 selon l'étude d'impact [(1)].

LE REPORT DES MESURES DE REVALORISATION DES ACTES.

En millions d'euros

	2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Dépenses AMO avec application du règlement arbitral (1)	152	190	156	109	
Dépenses AMO Mesure LFSS (2)		152	190	156	109
Impact de la mesure LFSS = (1) - (2)	152	38	– 34	– 47	– 109

Source : CNAMTS, calcul DSS

L'article prévoit l'entrée en vigueur du règlement arbitral au 1er janvier 2018 sous deux réserves.

(1) Le report de la réduction des dépassements par le plafonnement n'emporte pas d'effet sur les dépenses de l'assurance maladie obligatoire, les dépassements étant à la charge du patient et, le cas échéant, de son organisme complémentaire.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le **1°** reporte d'une année l'application des revalorisations tarifaires de soins bucco-dentaires et des plafonnements tarifaires des actes à honoraires à entente directe [(1)] applicables à certains actes prothétiques ainsi que la réévaluation des actes conservateurs des tissus dentaires. Il vise à décaler d'une année l'échelonnement de ces dispositions prévu par les articles 3 et 4 ainsi que par les annexes I C à G du règlement arbitral. L'application de ces dispositions prendra effet le 1er janvier 2019 et s'étalera jusqu'en 2022.

Le **2°** modifie en conséquence les montants de référence mentionnés à l'annexe I H du règlement arbitral pour le déclenchement de la clause de sauvegarde. Le règlement prévoit en effet des indicateurs de suivi permettant d'apprécier le rééquilibrage de l'activité dentaire prévu par l'article 3 qui combine revalorisations tarifaires des actes bucco-dentaires et plafonnement des actes à entente directe. Le décalage d'un an de l'entrée en vigueur des dispositions litigieuses emporte des conséquences sur les seuils fixés par le règlement.

Deux séries d'indicateurs ont ainsi été définies pour chacune de ces composantes :

– dans le cas de la revalorisation tarifaire, le respect ou non des objectifs chiffrés de maîtrise médicalisée d'une année conditionne la mise en place ou le gel des nouveaux tarifs pour l'année suivante. Le montant des seuils est progressif jusqu'en 2021 (+ 0,46 milliard d'euros sur la période 2017-2021).

– dans le cas du mécanisme de plafonnement tarifaire, le respect ou non des évolutions estimées pour une année détermine pour l'année suivante un durcissement ou non des plafonds. L'application des seuils entraîne un effort de 0,32 milliard d'euros sur la période 2017-2021.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

---

*(1) Le principe de la tarification des soins dentaires est l'application de la tarification prévue par la liste des actes et prestations établie par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (*cf. *commentaire de l'article 37*). *Par dérogation, les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient sous réserve de l'établissement d'un devis et de la mention expresse « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus. L'assurance maladie ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires.*

Article 45

Déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé pour les prestations hospitalières facturables à l'assurance maladie obligatoire autres que les actes et consultations externes

Cet article reporte la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (projet « FIDES »), actuellement fixée au 1er mars 2016 pour les actes et consultations individuelles et au 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières, respectivement au 1er mars 2019 et au 1er mars 2022.

I. LA FACTURATION DIRECTE ET INDIVIDUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. UN COROLLAIRE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITÉ, PRÉVU DES LA LFSS POUR 2004

Le principe du passage à une facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) a été entériné par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 (1) en même temps que la mise en place opérationnelle de la tarification à l'activité (T2A), la facturation directe des séjours et prestations à l'assurance maladie par les établissements apparaissant comme un corollaire de ce nouveau mode de financement.

La LFSS pour 2004 prévoit ainsi la mise en place d'une facturation directe et individuelle des séjours, actes et consultations externes à l'assurance maladie. Ce mécanisme devait se substituer, pour la part des recettes des établissements émanant de l'assurance maladie et liée à l'activité, à la « dotation globale » dont relevaient jusqu'alors les établissements publics et privés à but non lucratifs.

La facturation directe s'applique déjà aux établissements de santé privés à but lucratif. Par ailleurs, les établissements de santé publics et privés à but non lucratifs sont déjà en facturation directe pour certaines missions : l'aide médicale d'État, les soins aux migrants, la part complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU) et du régime Alsace Moselle, la rétrocession des médicaments.

Le projet FIDES vise pour le moment uniquement les activités « MCOO » (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) sur le périmètre suivant :

– les séjours hospitaliers (et séances) entrant dans le champ de la T2A ;

– les actes et consultations externes (ACE) auxquels ont été adjointes certaines prestations réalisées en ambulatoire, la principale étant la prestation accueil et traitement des urgences, qui rémunère les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

(1) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

DOCUMENT PROVISOIRE

L'enjeu de la facturation directe, qui permettrait l'envoi « *au fil de l'eau* » des factures hospitalières à l'assurance maladie, est jugé déterminant par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui y voit le moyen d'accroître la maîtrise médicalisée des dépenses d'hospitalisation grâce à une amélioration de sa connaissance du détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour, plutôt que de jouer le rôle d'un « payeur aveugle ».

Elle permettrait également de fiabiliser les comptes de l'assurance maladie : dans l'une de ses réserves à la certification des comptes 2016 de la CNAMTS, la Cour des comptes souligne ainsi que « *les règlements aux établissements de santé anciennement sous dotation globale sont affectés d'un risque élevé de paiements erronés compte tenu des limites des contrôles opérés* a priori *et* a posteriori *sur la valorisation et la facturation des prestations d'hospitalisation, ce qui induit une incertitude sur les comptes* ».

Plus globalement, elle doit surtout permettre aux établissements de mieux connaître leur activité et renforcer leur capacité à maîtriser leurs recettes, en leur donnant les moyens d'opérer un véritable contrôle interne de leurs activités de facturation.

Le programme FIDES doit également être replacé dans la perspective globale de la modernisation des outils informatiques des hôpitaux, et notamment des hôpitaux publics.

Cette généralisation de la facturation individuelle devrait en effet s'articuler avec le déploiement du programme de simplification du parcours administratif du patient à l'hôpital (programme « SIMPHONIE », Simplification du Parcours administratif Hospitalier du patient et Numérisation des Informations Échangées). Ce programme vise, entre autres, à dématérialiser les échanges liés au parcours hospitalier, grâce notamment à la consultation automatique des droits à l'assurance maladie obligatoire et à la dématérialisation des échanges avec les organismes d'assurance maladie complémentaire.

La mise en place de FIDES pour les séjours hospitaliers s'inscrit également dans le contexte de la généralisation à venir d'ici 2020 du projet ROC (remboursement aux organismes complémentaires), qui doit permettre aux hôpitaux d'échanger en temps réel des flux de facturation dématérialisés avec l'ensemble des organismes complémentaires, et ainsi d'organiser le tiers payant pour le ticket modérateur. Or, selon le Gouvernement, cette simplification administrative pour le patient ne pourra être atteinte que si l'hôpital adopte vis-à-vis de l'assurance maladie obligatoire les mêmes conditions de facturation individuelle en temps réel que l'assurance maladie complémentaire.

Le passage à la facturation individuelle et directe pourrait également permettre de mettre la ville et l'hôpital sur un pied d'égalité en termes de facturation, et ainsi de faciliter la mise en place de financements décloisonnés, tout en s'assurant que la même prestation ne soit pas prise en charge plusieurs fois.

DOCUMENT PROVISOIRE

B. UNE APPLICATION SANS CESSE REPOUSSÉE…

1. Le système dérogatoire mis en place

Dès 2004, un système dérogatoire a été mis en place pour les établissements anciennement sous dotation globale pour les prestations d'hospitalisation et les actes et consultations externes.

Ces prestations ne sont pas directement facturées à l'assurance maladie par les établissements publics et privés à but non lucratif.

Ces établissements transmettent leurs données d'activité, de façon mensuelle, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'ATIH est alors chargée de contrôler et de valoriser les séjours. Elle transmet ensuite ces informations à l'Agence régionale de santé (ARS). Celle-ci procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par application des tarifs relatifs aux prestations. L'ARS arrête le montant ainsi calculé (arrêté de versement) et le notifie à l'établissement et à l'assurance maladie qui assure le versement des sommes dues à l'établissement concerné.

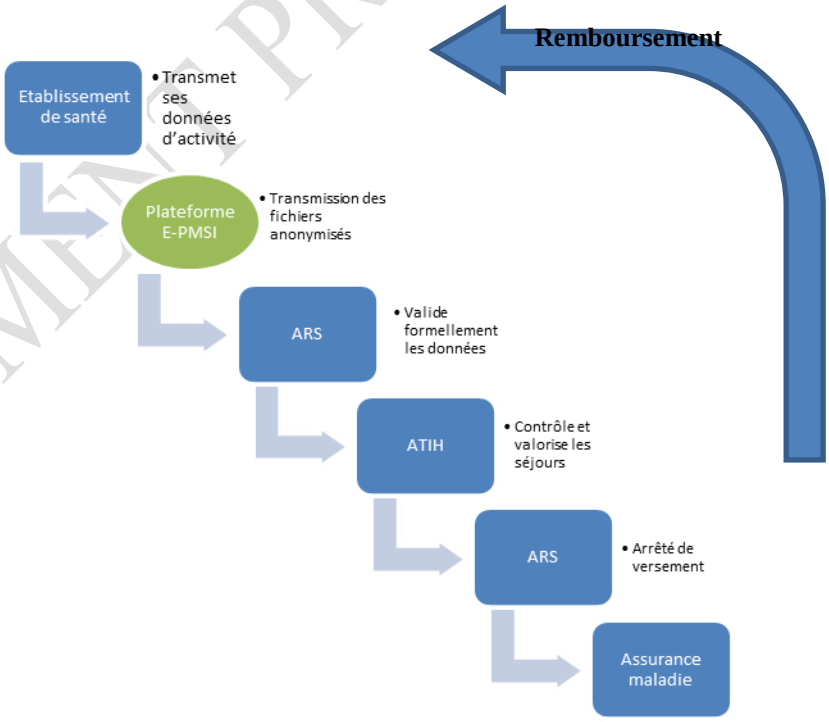


Schéma : Mécanisme de facturation dérogatoire mis en place pour les établissements anciennement sous dotation globale

Source : Commission des affaires sociales

La qualité des données recueillies par le PMSI et recueillies par l'ATIH est primordiale pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Celle-ci repose en effet sur la connaissance de deux types de données :

DOCUMENT PROVISOIRE

– les données d'activité, transmises à l'ATIH via le PMSI sous forme d'informations quantifiées et standardisées ;

– les données relatives aux coûts de production, elles-mêmes agrégées par l'ATIH sur la base d'un échantillon d'établissements.

2. Les reports successifs

Initialement limitée à l'année 2005, l'échéance du régime dérogatoire a ensuite été repoussée au 31 décembre 2008 par la LFSS pour 2008 (1), puis au 1er juillet 2011 par la loi de financement pour 2009 (2), une expérimentation étant lancée en parallèle pour évaluer la faisabilité du dispositif.

La mise en place de l'expérimentation n'ayant été effective qu'en 2011, un nouveau report au 1er janvier 2013 a été entériné par la LFSS pour 2011 (3).

Enfin, la LFSS pour 2013 (4) a fixé un calendrier de généralisation de la facturation individuelle étalée du 1er janvier 2013 au 1er mars 2016 afin de tenir compte de la catégorie des établissements et de la distinction entre actes et consultations externes, d'une part, et prestations d'hospitalisation, spécialités pharmaceutiques et produits et prestations d'autre part. En effet, si les expérimentations ont montré des résultats positifs sur la facturation des actes et consultations externes (ACE), la facturation des séjours s'est révélée beaucoup plus complexe.

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (5) a de nouveau modifié la date de passage à la facturation individuelle, fixant les nouvelles échéances au 1er mars 2016 pour les actes et consultations individuelles et au 1er mars 2018 pour les autres prestations hospitalières.

C. UNE GÉNÉRALISATION ENFIN EFFECTIVE DE LA FACTURATION DIRECTE POUR LES ACTES ET CONSULTATION EXTERNES

L'expérimentation ouverte par l'article 54 de la LFSS pour 2009 a permis de généraliser la facturation individuelle pour les ACE : 94 % des établissements concernés sont aujourd'hui passés en production (avec un déploiement pour l'instant limité dans les DOM-TOM). D'après les informations fournies au rapporteur général par la direction générale de l'offre de soins, après plusieurs années de mise en œuvre chaotique, le bilan que l'on peut dresser aujourd'hui de FIDES ACE est positif, avec notamment un taux de rejet de factures de soins externes qui devrait passer sous le seuil des 2 %.

---

(1) Article 62 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(2) Article 54 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(3) Article 54 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(4) Article 59 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(5) Article 45 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

DOCUMENT PROVISOIRE

Les séjours hospitaliers des établissements anciennement sous dotation globale sont donc, depuis la fin du déploiement de FIDES ACE, les dernières prestations exclues du système d'information des caisses de l'assurance maladie obligatoire.

Selon les informations transmises au rapporteur général, le volume des factures concernées par FIDES ACE est de 110 millions par an. Par comparaison, le nombre de factures concernées par FIDES Séjours est évalué à 18 millions par an.

II. UN NOUVEAU REPORT DE LA FACTURATION INDIVIDUELLE

Le présent article reporte la généralisation de la facturation individuelle pour les ACE au 1er mars 2019, et la mise en œuvre de la facturation individuelle pour les séjours au 1er mars 2022.

Le **I** reprend le dispositif auparavant prévu à l'article 33 de la LFSS pour 2004, en ne faisant plus référence aux actes et consultations externes mais uniquement aux séjours hospitaliers.

Le **II** abroge à compter du 1er mars 2019 le dispositif dérogatoire actuellement en vigueur, prévu par l'article 33 de la LFSS pour 2004.

Le **III** précise que la dérogation prévue au I doit prendre fin au plus tard au 1er mars 2022, selon des modalités calendaires précisées par décret.

Pour le rapporteur général, si la facturation individuelle entraîne indubitablement des progrès, cette généralisation ne peut ni ne doit se faire au prix d'une charge de travail supplémentaire pour les personnels administratifs des hôpitaux, ni au détriment du temps de soin des professionnels de santé. Des leçons doivent être tirées de l'échec qu'a dans un premier temps constitué la mise en place de FIDES ACE. Pour cela, la généralisation pourrait utilement être précédée par la mise en place de projets pilotes puis de premières évaluations, estimant notamment l'impact de FIDES séjours en matière de ressources humaines. Il est également nécessaire que les quelques établissements sans ACE concernés (principalement dans le secteur privé non lucratif) bénéficient d'un accompagnement renforcé.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 46
Suppression de la dégressivité tarifaire

Le présent article supprime le mécanisme de dégressivité tarifaire institué par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, qui consistait à diminuer les tarifs de chaque établissement de santé dépassant un seuil d'activité, pour un ensemble d'activités ciblées.

I. LE DISPOSITIF ISSU DE LA LFSS POUR 2014

L'article 41 de la LFSS pour 2014 (1) a créé un nouvel article L. 162-22-9-2 au sein du code de la sécurité sociale, mettant en place un mécanisme de dégressivité tarifaire.

Ce dispositif, qui vise à minorer les tarifs d'hospitalisation lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation dépasse un seuil fixé annuellement par l'État, devait permettre de lutter contre le potentiel effet inflationniste de la tarification à l'activité (T2A).

Parallèlement à la régulation macro-économique effectuée au niveau de l'ONDAM, l'objectif de ce dispositif était de réguler au niveau micro-économique le volume de l'activité des établissements de santé, en incitant chaque établissement à maîtriser l'évolution de son volume d'activité, notamment en favorisant la pertinence des soins. Il devait également permettre de tenir compte dans les tarifs des économies d'échelles pouvant exister pour certains soins.

L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2014 s'appuyait notamment sur les succès d'expériences étrangères similaires. (2)

II. UN MÉCANISME INSUFFISAMMENT EFFICACE

A. UNE APPLICATION TRÈS CIRCONSCRITE

Le taux de minoration des tarifs appliqué sur l'activité produite au-delà des seuils a été fixé par arrêtés successifs à 20 % (3), mais les sommes pouvant être récupérées à ce titre ont en revanche été très fortement encadrées par les textes

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(2) Extrait de l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2014 : « certains pays qui financent leurs établissements via *une tarification à l'activité ont mis en place des mécanismes de régulation prix-volume individualisés, dans lesquels les séjours ne sont plus payés qu'en partie lorsque le plafond d'activité négocié en début de période est dépassé, ou lorsque certains segments de l'activité dépassent un seuil. C'est notamment le cas, en tout ou partie, de l'Allemagne, des États-Unis, de l'Espagne, de l'Italie, des Pays-Bas et de la Suède. L'Angleterre a également utilisé le modèle suivant en ce qui concerne la régulation de l'activité de soins des services d'urgences : le plein tarif est payé pour un volume d'activité égal à celui de l'année passée plus 3 % maximum. Une fois ce volume d'activité dépassé, les tarifs sont amputés de 50 %. ».*

(3) Arrêté du 3 avril 2017 fixant pour l'année 2017 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale.

DOCUMENT PROVISOIRE

d'application du dispositif, qui ont fixé un plafond (1 % des recettes globales d'assurance maladie de l'établissement) [1] et un plancher en dessous duquel les sommes dues ne donnent pas lieu à récupération (fixé à quinze mille euros). [2]

Le champ d'application a également été limité à un petit nombre d'activités, avec seulement vingt-quatre racines de groupes homogènes de malades ciblées. [3]

B. UN OUTIL INSUFFISAMMENT PERTINENT

Le principe même de ce mécanisme peut être questionné : la pertinence des soins dépend-elle du nombre d'actes pratiqués ?

Il faut également s'interroger sur la réalité de l'effet inflationniste de la T2A, alors qu'induire une hospitalisation insuffisamment justifiée est loin d'être anodin.

À l'époque de l'adoption de ce dispositif, le rapporteur du projet de loi avait souligné que ce mécanisme se désintéressait du contenu de l'augmentation de l'activité, et que « *toute augmentation du volume d'activité d'un établissement ne peut être considérée en elle-même comme injustifiée, si elle correspond à la satisfaction d'un réel besoin de santé* ».

L'étude d'impact annexée au présent article estime en effet que, dans la pratique, « *il s'est avéré que l'activité réalisée par des établissements au-delà des seuils fixés au niveau national pouvait être parfaitement justifiée* ».

Certains établissements ont notamment dû faire face à des injonctions contradictoires de la part des ARS, leur demandant à la fois de ne pas dépasser des seuils d'évolution fixés au niveau national et de développer leur activité pour certaines prestations afin de répondre à un véritable besoin. Ainsi, selon les informations transmises au rapporteur général, en ce qui concerne l'intervention portant sur l'amygdalectomie, 52 % des établissements de santé qui ont dépassé le seuil d'évolution étaient localisés dans un département en situation de sous-recours par rapport à la moyenne nationale.

Des difficultés d'application ont également été constatées lors de regroupements ou de fusions d'établissements, engendrant des transferts de

---

(1) Décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire applicable aux établissements de santé prévue à l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale

(2) Arrêté du 11 août 2015 fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées.

(3) Selon les informations transmises au rapporteur général, le ciblage des activités a été réalisé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la base de plusieurs critères : les activités choisies devaient être suffisamment fréquentes, avec un poids financier important ; ces activités devaient présenter une évolution dynamique sur les trois dernières années ; la sélection a porté sur les activités dont la dispersion des taux de recours par territoire de santé était grande (dispersion mesurée par le coefficient de variation, après analyse des taux de recours standardisés par âge et sexe par territoire de santé).

DOCUMENT PROVISOIRE

patients augmentant mécaniquement le volume d'activité au-delà du seuil d'évolution fixé au niveau national. Il est donc à prévoir que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) suscitera des complications supplémentaires dans la mise en œuvre de la dégressivité tarifaire.

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2017, a souligné l'intérêt de ce dispositif, mais également ses limites, au premier rang desquelles la fixation de seuils unifiés au niveau national qui ne tiennent pas compte de la situation particulière des établissements, et les pratiques de contournement autorisées par les modalités d'application de ce dispositif.

Enfin, selon les informations transmises au rapporteur général, cette disposition a donné lieu à plusieurs contentieux.

Quant à l'impact de ce dispositif sur les finances publiques, elle est difficile à évaluer. Huit millions d'euros seulement ont été récupérés en 2015 au titre de la dégressivité tarifaire, mais l'ampleur de l'effet dissuasif de cette mesure est extrêmement difficile à mesurer.

III. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : L'ABROGATION PURE ET SIMPLE DU MÉCANISME

Le présent article met fin à ce dispositif, en abrogeant l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale. Cette suppression a été unanimement saluée par les fédérations hospitalières auditionnées par le rapporteur général.

Il n'est en tout état de cause pas souhaitable de maintenir le dispositif dans son état actuel.

Une solution pourrait être de chercher à l'améliorer. C'est notamment ce que suggère la Cour des comptes, qui considère, dans le rapport précité, que sa conception devrait être revue afin d'en améliorer l'efficacité : « *les ARS devraient disposer de marges d'autonomie pour fixer, au niveau des établissements concernés, les seuils d'application de la dégressivité tarifaire. En outre, les pratiques de contournement pourraient être jugulées en faisant porter la dégressivité non plus sur des GHM, mais sur des ensembles d'activités de soins* ».

Toutefois, l'amélioration de ce dispositif, qui nécessiterait inéluctablement de l'affiner beaucoup plus, risque de le complexifier encore davantage. Le rapporteur général juge préférable de le supprimer purement et simplement.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 47

Report de l'entrée en vigueur de l'intégration des dépenses de transports inter-établissements dans le budget des établissements de santé

Cet article reporte le transfert de l'enveloppe relative aux dépenses de transports inter-établissements de l'assurance maladie vers le budget des établissements de santé, initialement prévu au 1er mars 2018, au 1er octobre 2018.

I. DES DÉPENSES DE TRANSPORTS CROISSANTES ET INSUFFISAMMENT RÉGULÉES

A. UN DISPOSITIF COMPLEXE

Le financement des transports de patients est aujourd'hui source d'une telle complexité qu'une circulaire s'est révélée nécessaire pour en clarifier les règles (1). Cette circulaire prévoit en tout plus de soixante-dix cas de figure différents…

Parmi ces cas de figure, on peut identifier trois grandes catégories :

– les transports primaires, qui correspondent aux transports de patients depuis le domicile ou un établissement assimilé (établissement pénitentiaire) vers l'établissement de santé, et sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe soins de ville ;

– les transports intra hospitaliers, qui recouvrent les transports effectués au sein d'établissements relevant d'une même entité juridique et de la même agglomération (par exemple, entre les différents sites de l'AP-HP), et sont à la charge de l'établissement ;

– les transports secondaires, qui correspondent à des transports inter-établissements réalisés entre deux établissements de santé et aux transports de retour à domicile des patients.

● s'agissant de ce dernier cas de figure : en cas de séjour provisoire, c'est-à-dire inférieur à deux nuitées dans l'établissement d'accueil, les frais sont à la charge soit de l'établissement d'origine (établissements publics et privés du secteur ex-dotation annuelle de financement), soit de l'assurance maladie (établissements privés du secteur ex-objectif quantifié national) ;

● en cas de séjour définitif, c'est-à-dire pour une hospitalisation supérieure à deux nuitées au sein de l'établissement d'accueil, la prise en charge est assurée par l'assurance maladie dans le cadre de l'enveloppe de soins de ville ;

● les transports permettant le retour du patient à domicile sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

---

(1) Circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013.

DOCUMENT PROVISOIRE

B. UN DISPOSITIF INSUFFISAMMENT EFFICIENT

L'essentiel des dépenses de transports sanitaires prescrites par les établissements de santé sont donc aujourd'hui prises en charge par l'assurance maladie.

Ces dépenses prescrites par les établissements contribuent dans une large mesure à la croissance extrêmement dynamique des transports sanitaires [(1)], puisqu'elles représentaient en 2014 2,3 Mds €, soit 63,3 % des dépenses de transports remboursées sur l'enveloppe « soins de ville ». Les dépenses prises en charge par les établissements de soins eux-mêmes, sur leur propre budget, sont évaluées à 250 M€, soit seulement 10 % environ du total des dépenses prescrites par ces établissements [(2)].

Or, la dualité prescripteur-payeur contribue à l'insuffisante régulation de cette dépense de transports sanitaires, car les établissements ont un intérêt limité à maîtriser des dépenses qui ne sont pas à leur charge.

II. LE REPORT DE SEPT MOIS DU TRANSFERT D'ENVELOPPE PRÉVU PAR LA PRÉCÉDENTE LFSS

Pour mettre fin à cette dichotomie prescripteur-payeur, l'article 80 de la LFSS pour 2017, introduit par voie d'amendement en première lecture à l'Assemblée nationale, prévoit de transférer tous les transports inter-établissements entre établissements de santé au sein du budget des établissements [(3)].

Ce transfert concerne donc uniquement les transports secondaires entre établissements de santé relevant de structures juridiques distinctes, enveloppe correspondant à environ 125 millions d'euros. Le présent article prévoit l'intégration au sein des tarifs de prestations ou des dotations des établissements de santé du coût de ces transports.

Ce transfert devait être opéré au 1er mars 2018. Or, selon l'étude d'impact annexée au présent article, *« l'engagement des travaux techniques, ainsi que la phase de concertation avec les fédérations représentatives des établissements de santé, ont révélé la nécessité d'aménager un délai supplémentaire aux établissements, afin de mener de manière optimale les chantiers organisationnels et financiers préalables à la mise en œuvre de cette mesure* ».

Le présent article prévoit donc un report de l'entrée en vigueur de ce transfert du 1er mars 2018 au 1er octobre 2018, en modifiant le II de l'article 80 de la LFSS pour 2016.

---

(1) Évolution moyenne de 4,6% par an entre 2006 et 2014, sensiblement supérieure à celle de l'ONDAM

(2) Revue de dépenses relatives aux transports sanitaires, IGAS, avril 2016.

(3) Les LFSS pour 2008 puis pour 2013 avaient prévu d'expérimenter une délégation d'enveloppe aux établissements de santé. Aucune de ces expérimentations n'a été mise en œuvr

DOCUMENT PROVISOIRE

Ce délai devrait donner plus de temps aux établissements pour réorganiser leurs processus de commande de transports sanitaires, notamment pour les établissements publics qui devront passer de nouveaux marchés publics.

Selon les informations transmises au rapporteur général, les établissements pourront être accompagnés dans cette démarche de manière à ce que les délais soient tenus et un groupe de travail impliquant les acteurs institutionnels et hospitaliers sera constitué. S'agissant de la mise en œuvre d'une organisation centralisée de la commande de transports, la DGOS et la CNAMTS, avec l'appui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, pourraient mettre à disposition des établissements un kit d'outils de déploiement de la centralisation des commandes de transports, ainsi qu'un cahier des charges type des plateformes de commandes de transports.

Enfin, ce délai devrait également permettre de s'assurer de la bonne prise en compte des coûts de transports dans les tarifs d'hospitalisation, de façon à éviter des effets revenus trop importants pour les établissements de santé.

*

* *

Article 48

Déploiement de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Cet article vise à prolonger la période transitoire prévue au sein des nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui devait initialement prendre fin au 28 février 2017, jusqu'au 31 décembre 2019.

Il introduit également plus de souplesse dans la mise en œuvre de ce dispositif : possibilité de moduler le rythme de déploiement en fonction des catégories d'établissements ; plus grande flexibilité des modalités de facturation des établissements privés ; assouplissement du mode de calcul du coefficient de rééducation-réadaptation.

I. LE CONTEXTE : LA RÉFORME EN PROFONDEUR DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE SSR

A. UN FINANCEMENT ANTÉRIEUR INSATISFAISANT DES ACTIVITÉS DE SSR

Aux termes de l'article R. 6123-118 du code de la santé publique, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a « *pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques*

DOCUMENT PROVISOIRE

ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ».

Ces activités constituent un secteur en forte croissance du fait du développement des maladies chroniques et du vieillissement de la population. De plus, dans un contexte de diminution des durées moyennes de séjour, elles constituent également une voie de sortie pour la prise en charge des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Les établissements de santé, publics comme privés, sont pleinement conscients des perspectives de développement de ce secteur. Ceux-ci font toutefois face à des situations très différentes, liées à leurs différentes modalités de financement.

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS SSR AVANT LA RÉFORME PRÉVUE EN LFSS POUR 2016

Dotation annuelle de financement (DAF)	Objectif quantifié national
• **Etablissements publics et privés non lucratifs** • **Enveloppe fermée,** soumise à une évolution très encadrée ; couvrant les prestations d'hospitalisation, les molécules onéreuses ainsi que les actes et consultations externes • ONDAM hospitalier	• **Etablissements privés lucratifs et une partie des établissements privés non lucratifs** • Tarification au **prix de journée** • ONDAM hospitalier (prestations d'hospitalisation qui bénéficient d'un financement assis sur l'activité) // ONDAM soins de ville (actes et consultations externes des médecins libéraux exerçant dans ces établissements + molécules onéreuses)

En effet, pour pallier la baisse des tarifs liés aux activités de MCO, les établissements privés ont ouvert nombre de lits de SSR, incités en cela par le mécanisme du financement au prix de journée. En revanche, les établissements financés par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), enveloppe fermée et peu évolutive, ne peuvent pas bénéficier des mêmes perspectives.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : entre 2004 et 2014, 5 531 lits ont été créés dans les établissements publics, soit une augmentation de 15 %. Dans le même temps, le secteur privé en a créé le double (10 944 soit 50 % de lits supplémentaires). Exprimée en journées, l'évolution des trois secteurs entre 2010 et 2014 est de 2 % pour le privé non lucratif, de 6 % pour le public et de 14 % pour le privé lucratif [(1)].

(1) *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, rapport d'étape.*

B. RAPPEL DU CADRE JURIDIQUE POSÉ PAR LA LFSS POUR 2016

Pour répondre à ces insuffisances, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 [(1)] a profondément rénové le cadre du financement des activités de SSR, en introduisant, dans son article 78, un nouveau modèle de financement, commun aux trois secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif, et reposant sur une dotation modulée à l'activité.

1. Les bases du financement : une dotation modulée à l'activité et une part variable

La nouvelle tarification SSR prend appui sur la mise en place d'une dotation modulée à l'activité composée :

– d'une part fixe, assise sur les recettes historiques de l'établissement ;

– d'une part variable permettant de prendre en compte son activité.

Cette réforme s'applique aussi bien aux établissements publics et privés non lucratifs qui relevaient de la DAF qu'aux établissements privés qui relevaient de l'objectif quantifié national (OQN).

Le principe retenu pour le financement de l'activité SSR repose sur les groupes médico-économiques permettant de servir de base à la valorisation de l'activité des établissements et à leur tarification. Cette classification conditionne la montée en charge du nouveau modèle de financement : la part du financement liée à l'activité sera donc ajustée en fonction de la fiabilité des paramètres constituant les groupes médico-économiques.

2. Les financements complémentaires

Des financements complémentaires sont également prévus :

– le remboursement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur une nouvelle liste en sus SSR (molécules onéreuses) ;

– le remboursement des frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés (dotation PTS) ;

– la dotation relative au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;

– la dotation complémentaire versée au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (dotation IFAQ).

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

DOCUMENT PROVISOIRE

3. La mise en place d'un objectif de dépenses en SSR

Comme pour les activités de MCO, un objectif de dépense spécifique aux activités de SSR doit être mis en place, et constitue un sous-objectif de l'ONDAM dont le montant est fixé en fonction de celui-ci.

À la différence de l'ODMCO, l'objectif de dépenses SSR doit distinguer deux enveloppes : une enveloppe couvrant le financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR et une enveloppe consacrée à la dotation MIGAC.

C. LE DISPOSITIF TRANSITOIRE INSTAURÉ EN LFSS POUR 2017

1. L'instauration d'une période transitoire par la LFSS pour 2017

Le texte issu de la LFSS pour 2016 prévoyait une entrée en application dès 2017 et un déploiement progressif jusqu'en 2022, dans le cadre d'un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme sur les recettes des établissements de santé. L'année 2016 devait être mise à profit afin de fixer les premiers éléments de classification des groupes médico-économiques et de déterminer une première échelle de tarifs.

L'article 82 de la LFSS pour 2017 [(1)] a reporté la phase de déploiement du nouveau modèle de financement du 1er mars 2017 au 1er mars 2018, et mis en place un mécanisme de financement transitoire dual, couvrant la période allant du 1er mars 2017 au 28 février 2018.

2. Les modalités de financement transitoire

Le financement transitoire associé à cette période combine à la fois les modalités actuelles et futures de financement.

Ce mécanisme prévoit :

– une première source de financement correspondant à une fraction des recettes calculées selon les anciennes règles de financement ;

– une deuxième source de financement paramétrée sur la dotation modulée à l'activité.

Dans le cas particulier des établissements privés qui relevaient de l'OQN, la fraction des recettes calculées selon les anciennes règles de financement, assise sur le prix de journée, est affectée d'un coefficient dont la valeur est égale à celle du niveau de fraction correspondant aux anciennes règles de financement. Ainsi, pour l'année 2017, la part « anciennement prix de journée » de la dotation a été

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

DOCUMENT PROVISOIRE

valorisée à hauteur de 90 % des tarifs publiés, et, en miroir, le coefficient de minoration a été fixé à 0,9 [1].

Par ailleurs, un coefficient de transition doit permettre de limiter les pertes de revenus liés à la mise en place de ce financement dérogatoire. Ce coefficient de transition a également été encadré par arrêté : il doit être fixé de façon à ce que la somme versée en 2017 ne soit pas inférieure de plus de 1 % à la somme des recettes de l'activité de soins versées en 2016 pour le même périmètre de prestations.

3. Mise en place d'un coefficient de majoration pour les activités de rééducation-réadaptation

La LFSS pour 2017 a mis en place un coefficient de majoration du financement des établissements permettant de tenir compte du poids des actes de rééducation et de réadaptation des établissements, pour le moment mal valorisés au sein des groupes médico-économiques. Cette phase transitoire doit être mise à profit pour améliorer les critères de classification et permettre *in fine* un financement assis sur un codage aussi fidèle que possible des actes de rééducation-réadaptation.

Chacun de ces actes est affecté d'une pondération en fonction de la consommation de ressources qu'il représente. La somme de ces pondérations est résumée dans un score qui retrace, établissement par établissement, le poids des charges liées à la spécialisation. Le décret d'application prévoit que ce coefficient est déterminé par le directeur de l'ARS, et doit prendre en compte non seulement le nombre mais aussi l'intensité des actes de rééducation et de réadaptation réalisés par chaque établissement l'année précédant l'application du coefficient [2].

Ce coefficient a vocation à pondérer les tarifs calculés dans le cadre du financement des activités de SSR. La loi prévoit que son niveau doit être réduit chaque année afin d'atteindre une valeur neutre au 1er mars 2022.

4. Financement des actes et consultations externes

Pour les établissements sous OQN, les actes et consultations externes font déjà l'objet d'une facturation en sus. En revanche, pour les établissements anciennement sous DAF, la LFSS pour 2017 prévoit que, à terme, cette facturation s'effectue en sus du versement de la dotation modulée à l'activité (au lieu d'un financement actuellement inclus dans la DAF).

---

(1) Arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le financement transitoire des actes et consultations externes combine donc deux montants : l'un correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des anciennes modalités de financement antérieures, et l'autre correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des nouvelles modalités de financement.

5. Entrée en vigueur progressive des enveloppes composant le modèle de financement des activités de SSR

Le mécanisme issu de la LFSS pour 2017 prévoit l'entrée en vigueur, à compter du 1er janvier 2017, de deux des quatre compartiments « complémentaires » : la dotation MIGAC et la dotation d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En revanche, le versement de la dotation liée aux molécules onéreuses ainsi que la dotation liée à l'utilisation des plateaux techniques spécialisés ne doivent être effectifs respectivement qu'aux 1er mars et 1er janvier 2018.

6. Modalités de facturation des établissements sous OQN durant la période de financement transitoire

La LFSS pour 2017 a institué une dérogation partielle aux modalités de facturation des établissements de santé privés sous OQN.

L'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale pose en effet le principe d'une caisse unique pour le versement aux cliniques privées des frais d'hospitalisation afférents aux soins pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Pour les établissements privés sous OQN, le montant de la part calculée sur les modalités actuelles de financement (prix de journée) continue à être versé dans le cadre de l'article L. 174-18. S'agissant de la seconde part, assise sur la dotation modulée à l'activité, le circuit de financement s'inscrit dans le cadre dérogatoire à cette organisation du 1er mars 2017 au 28 février 2018. Le montant forfaitaire n'est pas facturé auprès de la caisse centralisatrice. Les établissements doivent remettre à l'ARS dont ils relèvent leurs données d'activité. Après valorisation de ces données, le montant calculé par l'ARS est notifié à l'hôpital concerné ainsi qu'à la caisse de leur circonscription.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

A. LA PROLONGATION JUSQU'EN 2020 DE LA PÉRIODE TRANSITOIRE

Le présent article a principalement pour objet de prolonger la période transitoire jusqu'au 31 décembre 2019. Selon les informations transmises au rapporteur général, ce report devrait permettre :

DOCUMENT PROVISOIRE

– de faciliter l'appropriation par les établissements des nouvelles modalités de financement, en renforçant la progressivité de la réforme ;

– de finaliser les travaux techniques sur plusieurs points clefs du modèle (les plateaux techniques spécialisés, les molécules onéreuses, le mode de calcul du socle), en cohérence avec les orientations politiques concernant la place et les missions des activités de soins de suite et de réadaptation dans le dispositif d'offre de soins (gradation des soins, reconnaissance et valorisation de missions de recours, développement de l'ambulatoire…).

Cette prolongation ne concernera toutefois pas les actes et consultations externes des établissements anciennement sous DAF. Ceux-ci pourront, dès le 1er janvier 2018, être tarifiés totalement à l'activité, et plus du tout sous enveloppe fermée, ce qui devrait favoriser le développement des prises en charge externes en SSR.

Le **II** modifie l'article 78 de la LFSS pour 2016 pour effectuer les mesures de coordination nécessaires à ce report.

Le **1° du A** tend à modifier le A et le B du III de l'article 78 de la loi précitée, reportant ainsi la phase de montée en charge du 1er mars 2018 au 1er janvier 2020.

Le **2° du A** tend à modifier le C du III de l'article 78 précité, relatif au dispositif transitoire de facturation des prestations d'hospitalisation, actes et consultations externes et molécules onéreuses des établissements pour les établissements de santé publics et privés non lucratif. Il prolonge ce dispositif transitoire, initialement prévu jusqu'au 1er mars 2020, jusqu'au 1er mars 2022. Cette disposition fait écho à celle prévue par l'article du présent projet de loi relatif à FIDES.

Le **4°** tend à modifier :

– en son ***a)*** le 2° du E de l'article 78 précité, reportant la fin de la période transitoire au 31 décembre 2019 ;

– en son ***b)***, le 3° du E de l'article 78 sur l'entrée en vigueur des financements complémentaires molécules onéreuses et plateaux techniques spécialisés, qui entreraient en vigueur respectivement à compter du 1er janvier 2020 (***i))*** et au plus tard au 1er janvier 2020 (***ii)***);

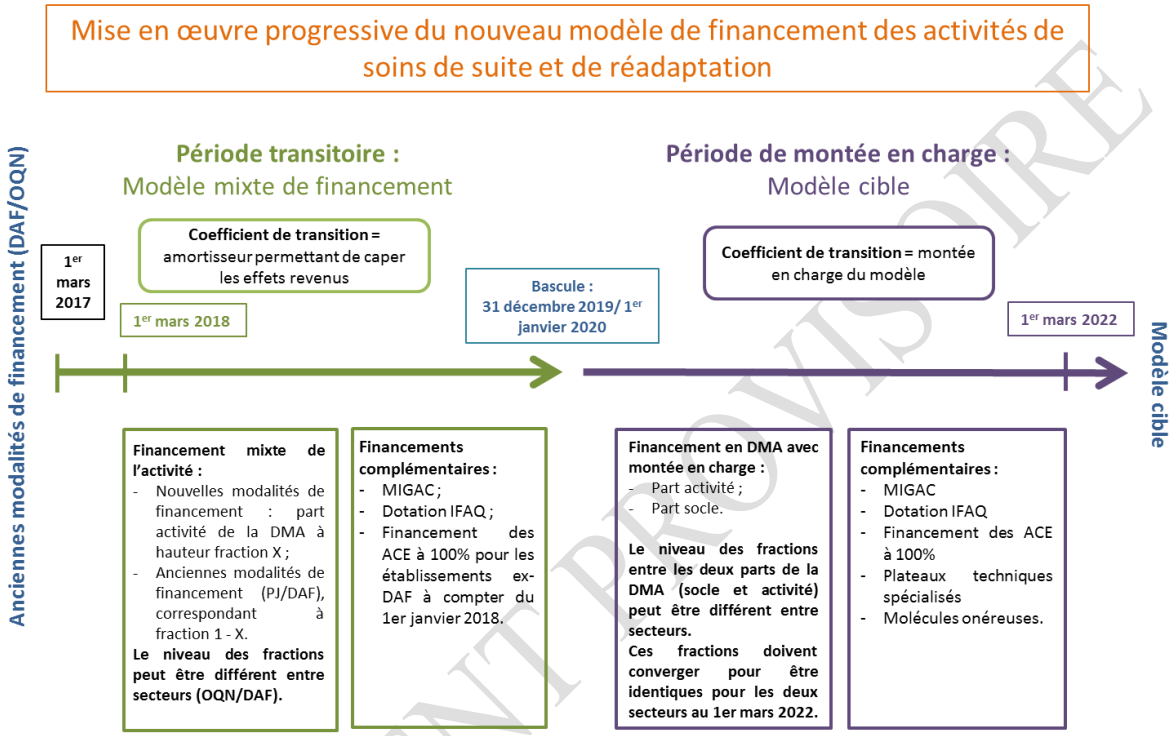
– en son ***c)***, le 6° du E relatif à l'objectif de dépenses SSR en actualisant la composition de ce dernier (***i)***). Il abroge également les dispositions relatives à l'objectif de dépenses SSR pour la période du 1er janvier 2018 au 28 février 2018 (***ii)***).

Le **5°** tend à modifier le F de l'article 78 de la LFSS pour 2016, qui institue une dérogation partielle aux modalités de facturation des établissements de

DOCUMENT PROVISOIRE

santé privés sous OQN, en prolongeant cette facturation dérogatoire jusqu'au 31 décembre 2019.

Le **B du II** tend à modifier le V et le VI de l'article 78 précité, relatifs respectivement à la fixation d'une enveloppe relative à la liste en sus au sein de la DAF allouée au titre des activités SSR et au financement des maisons d'enfants à caractère sanitaire durant la période transitoire, en étendant la période de transition jusqu'au 31 décembre 2019.



Source : Direction générale de l'offre de soins.

B. UNE PLUS GRANDE SOUPLESSE DANS LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

Afin de favoriser la mise en œuvre du dispositif, le présent article prévoit plusieurs assouplissements au cadre législatif fixé pour la période transitoire.

1. Un assouplissement des modalités de fixation du coefficient de rééducation-réadaptation

Le **3° du A du II** tend à supprimer l'obligation de diminuer chaque année la valeur du coefficient de rééducation-réadaptation prévue au D du III de l'article 78 précité.

Selon les informations transmises au rapporteur général, la décision quant à la fixation du niveau de ce coefficient serait ainsi renvoyée au pouvoir règlementaire, qui pourra mieux l'adapter en fonction de l'avancée des travaux de classification des séjours.

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Un assouplissement des modalités de facturation des établissements privés

Le présent article assouplit le dispositif prévu dans la loi pour la facturation des établissements anciennement sous OQN, afin de laisser plus de latitude lors de son application.

Ainsi, le ***ii)* du *a)* du 4°** vise à modifier le deuxième alinéa du a) du 2° du E de l'article 78 précité qui, pour les établissements privés anciennement sous OQN, affecte d'un coefficient de minoration la fraction des recettes calculée selon les anciennes règles de financement (et donc sur le prix de journée).

La nouvelle rédaction ne fait pas mention d'un coefficient, mais seulement, de manière moins précise, d'une minoration.

Le dispositif proposé ne statue pas définitivement sur les modalités de cette minoration, mais, en supprimant la référence à un coefficient de minoration, permettrait de laisser plus de souplesse dans la fixation des modalités de régularisation de la part « DMA », qui seront définies par voie réglementaire en concertation avec les acteurs dans le cadre de la préparation de la campagne 2018.

Selon les informations transmises au rapporteur général, les établissements concernés seraient favorables à la suppression de ce coefficient de minoration, qui ne leur permet pas d'avoir une idée globale de l'évolution de leur financement, et lui préfèreraient éventuellement une régularisation *a posteriori*.

Le rapporteur général note toutefois qu'une erreur rédactionnelle s'est glissée dans la nouvelle rédaction : cette minoration doit être à hauteur de la fraction des recettes « DMA » et non pas de la fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieur. Il convient de corriger cette erreur en faisant référence non pas à la fraction mentionnée au a) mais à la fraction mentionnée au b).

Le **C** précise que cette disposition entre en vigueur à compter du 1er mars 2018 et est applicable pour le calcul des montants alloués aux établissements à compter de cette date.

3. Un rythme de déploiement modulé en fonction des catégories d'établissements

Le ***iii)*** et le ***iv) a)* du 4° du II** visent à introduire une possibilité de modulation du rythme de déploiement des nouvelles modalités de financement en fonction des catégories d'établissement au cours de la période transitoire.

Pour mémoire, un dispositif similaire est déjà prévu pour la phase de montée en charge, puisque, de 2020 à 2022, le niveau de fractions déterminant la part fixe et la part variable de la dotation modulée à l'activité pourra être différencié entre établissements publics et privés non lucratifs relevant de la

DOCUMENT PROVISOIRE

dotation annuelle de financement, d'une part, et les établissements issus du secteur privé relevant de l'objectif quantifié national, d'autre part.

Le présent article prévoit ainsi que pourront être différenciés en fonction des catégories d'établissements :

– le montant mentionné au b) du 2° du E de l'article 78 de la LFSS pour 2016, qui correspond à la part paramétrée sur la dotation modulée à l'activité (***iii***) ;

– le niveau des fractions prévues au a) et b) du même article, c'est-à-dire les pourcentages correspondant à la part des recettes calculées selon les anciennes règles de financement et à celle correspondant aux recettes calculées avec les nouvelles règles (***iv***).

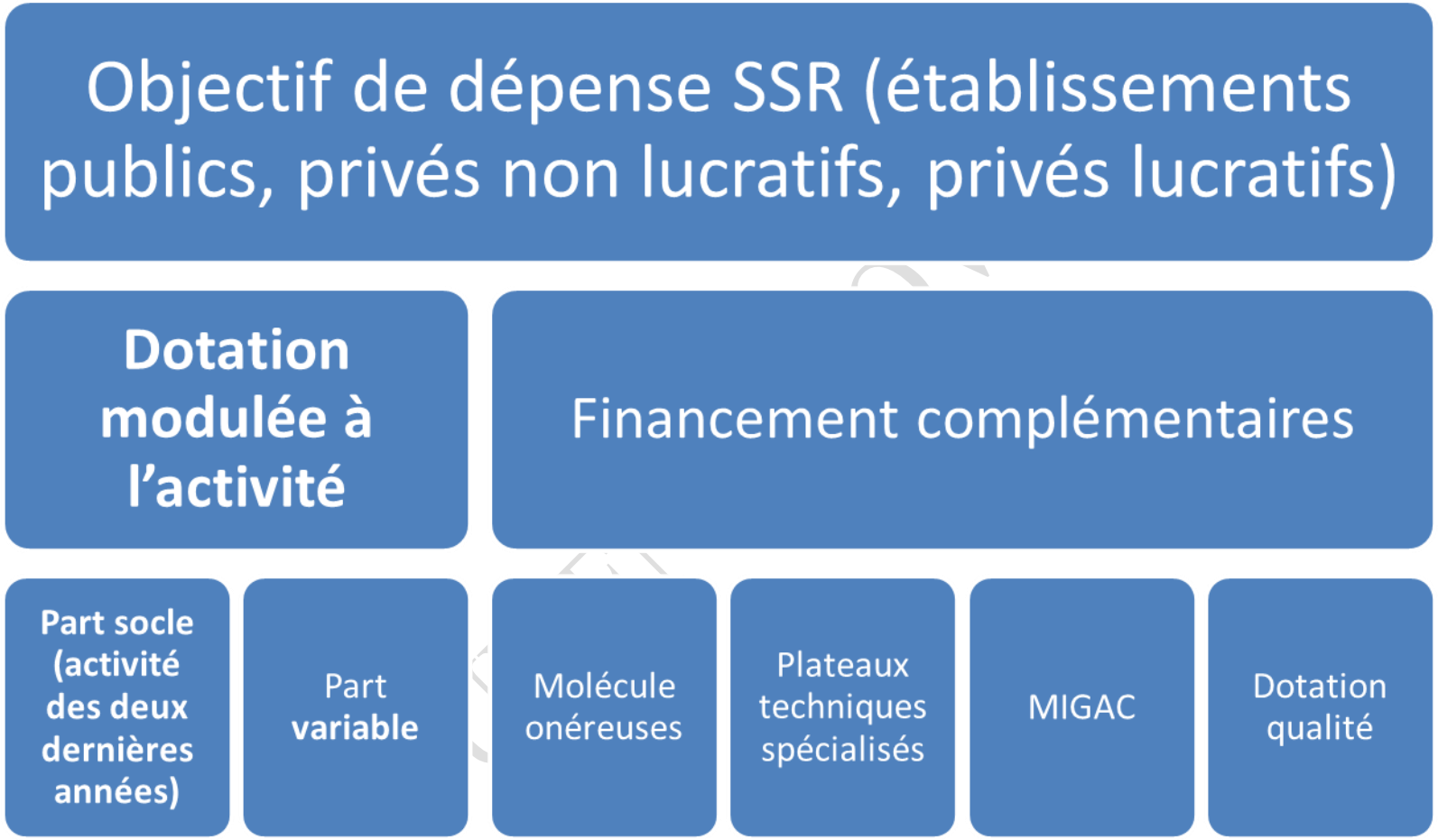
Cette modulation devrait permettre aux établissements publics, très demandeurs de cette réforme, de s'approcher au plus vite du dispositif cible, et aux établissements privés de bénéficier de plus de temps pour effectuer cette transition.

C. AUTRES MESURES

Le **I** de l'article corrige une erreur rédactionnelle, puisque deux articles L. 162-23-15 existaient dans le code. Il transforme donc l'article L. 162-23-15 issu de la LFSS pour 2017, relatif aux hôpitaux de proximité, en un article L. 162-23-16.

DOCUMENT PROVISOIRE

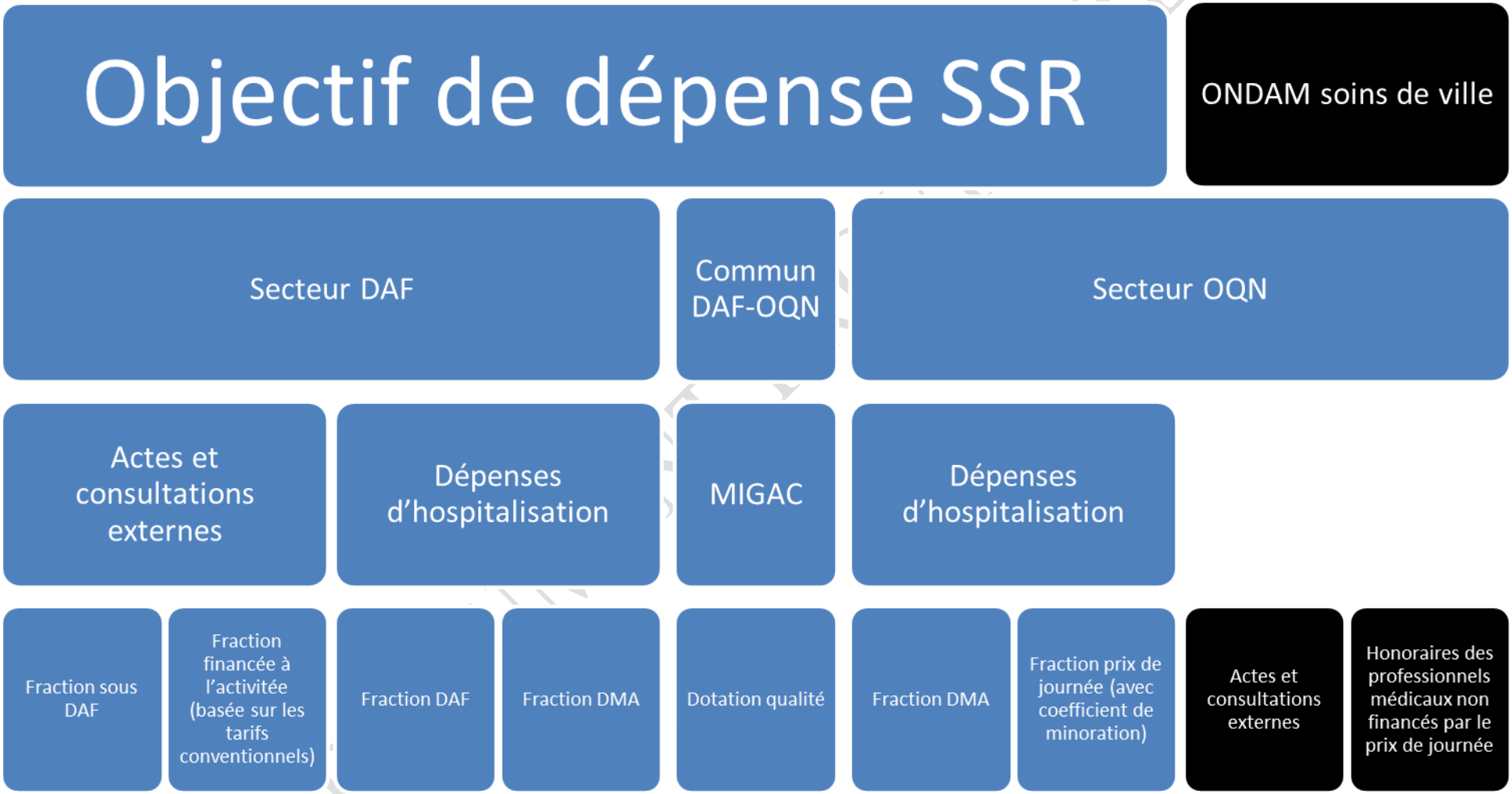
SCHÉMA : DISPOSITIF DE FINANCEMENT CIBLE SSR (SIMPLIFIÉ)



Source : Commission des affaires sociales

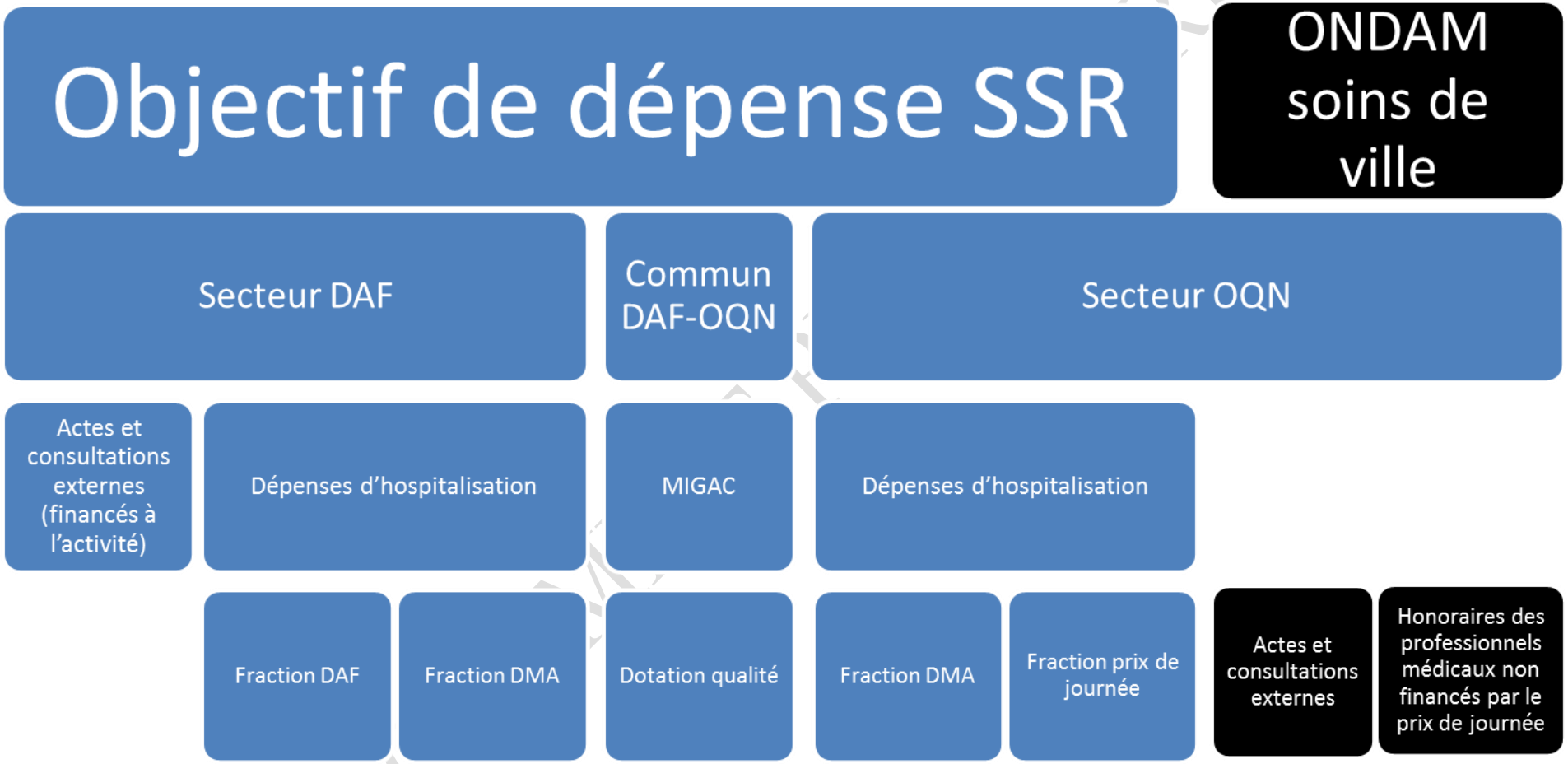
DOCUMENT PROVISOIRE

SCHÉMA: DISPOSITIF DE FINANCEMENT TRANSITOIRE SSR (SIMPLIFIÉ)



Source : Commission des affaires sociales

SCHÉMA: DISPOSITIF DE FINANCEMENT TRANSITOIRE SSR PRÉVU PAR LE PRÉSENT ARTICLE (SIMPLIFIÉ)



Source : Commission des affaires sociales

Article 49

Évolution des compétences financières des Agences régionales de santé (ARS)

L'article prévoit plusieurs mesures assouplissant la gestion du Fonds d'intervention régional (FIR) :

– fongibilité des financements des dispositifs de coordination des parcours, par dérogation au principe de fongibilité asymétrique qui s'applique aujourd'hui à la gestion du FIR ;

– modifications des règles de gestion du FIR : possibilité pour les ARS d'inscrire en recette de leur budget tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions du FIR, simplification de l'arrêté fixant la dotation de l'assurance maladie au fonds, modification des règles de gestion des crédits du FIR non consommés et des crédits correspondants aux sommes notifiées mais prescrites.

I. LE FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL (FIR)

A. LE FIR : UN OUTIL DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE DE SANTÉ

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 (1) a créé un Fonds d'intervention régional (FIR) réunissant des crédits et des dotations déjà existants au titre des actions des ARS, afin de donner à ces dernières une plus grande souplesse dans la gestion de certains crédits qui s'inscrivent dans leur stratégie régionale de santé.

L'article 56 de la LFSS pour 2015 (2) a réorganisé les missions du FIR autour de cinq axes :

– la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;

– l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;

– la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;

– l'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;

– le développement de la démocratie sanitaire.

(1) Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(2) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

DOCUMENT PROVISOIRE

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires [(1)].

B. LES RÈGLES ACTUELLES DE GESTION DES CRÉDITS DU FIR

1. Une souplesse de gestion encadrée

Le FIR doit donner une plus grande souplesse de gestion aux ARS, en leur permettant d'allouer des crédits selon leurs priorités régionales.

Cette souplesse est encadrée par un principe de fongibilité asymétrique et de fléchage de certains crédits. Ce principe de fongibilité asymétrique est prévu par le *b* de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, qui prévoit qu'au sein des ressources du FIR, deux compartiments sont clairement identifiés, afin de préserver leurs moyens tout en permettant des transferts inverses de financement à leur profit :

– les crédits destinés au financement des actions tendant à la prévention (promotion de la santé, éducation à la santé, prévention des maladies, des traumatismes et sécurité sanitaire), qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ;

– les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

Certains crédits sont également fléchés par la loi : c'est le cas des crédits destinés au financement des projets « PAERPA » (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) issus de l'article 48 de la LFSS pour 2013. Le même article prévoit en effet que les crédits affectés aux projets pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

2. Une gestion pluriannuelle des crédits

La réforme du FIR par la LFSS pour 2015 a confié aux ARS la gestion budgétaire et comptable du fonds, jusqu'alors partagée avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dans le cadre d'un budget annexe au budget des ARS, permettant de retracer les recettes et les dépenses du FIR dans un document

---

(1) A titre d'exemple, pour 2017, les ressources du fonds sont constituées d'une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3 285 millions d'euros, d'une dotation de la CNSA à hauteur de 127 millions d'euros, et d'une dotation exceptionnelle de 2,874 millions d'euros en provenance du Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires.

DOCUMENT PROVISOIRE

synthétique. Seuls les paiements effectués directement aux professionnels de santé restent gérés par les CPAM.

Elle a également permis une gestion pluriannuelle des crédits, plus conforme à l'esprit de ce fonds. Cette gestion pluriannuelle a été facilitée par la présentation du FIR en budget annexe, qui permet de retracer les recettes et les dépenses du FIR dans un document synthétique et ouvre la possibilité de dégager un résultat spécifique en fin d'exercice.

L'article L. 1435-10 du code de la santé publique prévoit qu'en cas de non consommation intégrale des crédits, il est possible de les reporter, dans la limite d'un plafond, sur l'exercice suivant afin de faciliter le suivi des projets de manière pluriannuelle. Afin d'éviter la constitution d'une trésorerie importante, il est également prévu que les crédits non consommés, c'est-à-dire non ordonnancés, et qui ne peuvent être reportés en application de la règle de plafonnement soient reversés à la CNAMTS, à la CNSA et à l'État.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA MODIFICATION DES RÈGLES DE GESTION DU FIR

Le dispositif proposé modifie les règles de gestion du FIR. Il permet notamment d'utiliser les crédits destinés aux dispositifs « MAIA » et PAERPA pour financer d'autres dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées.

Le **I** du présent article vise à intégrer une dérogation à la « fongibilité asymétrique » (*cf. supra*) des crédits pour le cas spécifique du financement de dispositifs de coordination des parcours.

En effet, de nombreux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé se sont développés au cours des dernières années. Parmi ces dispositifs se distinguent notamment :

– les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie), qui permettent la coordination entre les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes en perte d'autonomie. Ce dispositif, prévu à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles, permet de construire à la fois un « guichet unique » et un réseau intégré de partenaires pour les soins, l'aide et l'accompagnement à domicile ;

– les projets pilotes « PAERPA » (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) issus de l'article 48 de la LFSS pour 2013, qui ont pour objectif d'optimiser le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans et dont l'état de santé est susceptible de se dégrader, en améliorant la coordination entre les différents professionnels du territoire.

DOCUMENT PROVISOIRE

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a donné une base législative au concept de plateforme territoriale d'appui développé dans le cadre des expérimentations PAERPA. Désormais, les ARS peuvent mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, en vue de mieux coordonner la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, ces dispositifs ont un objectif commun qui est de « *mobiliser, appuyer, coordonner les professionnels disponibles sur un territoire pour une prise en charge individualisée des personnes en situation complexe* ». Or, actuellement, « *les ARS ne peuvent pas redéployer certains crédits FIR fléchés sur des dispositifs d'appui à la coordination spécifique au bénéfice d'un autre dispositif, ce qui est en contradiction avec l'objectif de convergence de ces dispositifs* ».

Le présent article créé donc un nouvel article L. 1435-9-1 au sein du code de la santé publique.

Par dérogation au principe de fongibilité asymétrique en vigueur et à la sanctuarisation des crédits « PAERPA » prévue à l'article 48 de la LFSS pour 2013, ce nouvel article autorise les ARS à utiliser les crédits dédiés au financement des dispositifs MAIA ou PAERPA [(1)] pour le financement d'un autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées.

Le **1° du II** modifie l'article L. 1432-5 du code de la santé publique relatif au budget des ARS.

Pour le moment, seuls les crédits expressément dédiés au FIR, délégués par un arrêté national, peuvent être inscrits au sein du budget annexe des ARS. Or, les ARS perçoivent actuellement des recettes (de l'assurance maladie ou des départements par exemple) sur leur budget principal qui sont destinées à couvrir les charges liées à une action mise en place par l'ARS et relèvent des missions du fonds.

Le présent article permet donc aux ARS d'inscrire en recette de leur budget tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions du FIR, afin de mieux assurer le suivi de ces crédits.

Le **2° du II** simplifie l'arrêté prévu au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixant la dotation de l'assurance maladie au FIR, afin qu'il soit pris uniquement par le ministre en charge de la sécurité sociale, et non plus par les ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées.

---

(1) Seuls ces deux dispositifs ont des financements protégés, en totalité ou en partie, par la loi et sont donc non fongibles. Les crédits portant sur les autres dispositifs similaires sont déjà fongibles au sein du FIR.

DOCUMENT PROVISOIRE

Le **3° du II** modifie les règles de gestion des crédits du FIR non consommés ou des crédits correspondants aux sommes notifiées mais prescrites (règle de déchéance quadriennale).

La mesure opère une simplification, en évitant une étape dans la gestion des crédits non consommés, puisqu'elle prévoit que ceux-ci soient directement déduits des contributions de l'assurance maladie ou de la CNSA au FIR, plutôt que de reverser ces crédits à ces mêmes acteurs, lesquels viennent ensuite abonder le FIR. La même règle s'appliquera aux crédits correspondants aux sommes notifiées mais prescrites.

La procédure proposée est d'ores et déjà celle qui trouve à s'appliquer au regard des dispositions réglementaires en vigueur (décret n° 2017-814 du 5 mai 2017 portant réglementation des reports et de déchéance des créances relatives au fonds d'intervention régional). Il convenait d'ailleurs de supprimer la possibilité de reverser les crédits non consommés à l'État, qui ne contribue plus au FIR depuis 2017.

*

* *

Article 50

Mesure d'efficience et d'adaptation de l'offre aux besoins du secteur médico-social

Cet article introduit diverses mesures relatives aux établissements et services sociaux et médicaux sociaux (ESSMS) :

– la possibilité d'une caducité seulement partielle des autorisations délivrées à ces établissements ;

– des dispositions harmonisant les différents types de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoires ;

– la suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux ESSMS obligatoirement signataires d'un CPOM, et, par conséquent, la suppression de la procédure d'agrément des conventions collectives signées par ces établissements.

I. CADUCITÉ PARTIELLE DES AUTORISATIONS DÉLIVRÉES AUX ESSMS

Actuellement, l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que toute autorisation accordée à un ESSMS [(1)] est réputée caduque si celui-ci n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixées par

(1) À l'exception des structures mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire, qui ne sont pas soumises aux mêmes règles d'autorisation.

DOCUMENT PROVISOIRE

décret. Si seule une partie des places autorisées a été ouverte au public une fois ce délai écoulé, l'autorisation est réputée caduque pour l'ensemble des places autorisées.

Le **1°** introduit donc une possibilité de caducité partielle d'autorisation à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, pouvant concerner une partie seulement de l'activité de l'établissement ou du service. Le délai et les conditions dans lesquels l'ESSMS doit être ouvert au public seront fixés par décret.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, « *l'introduction d'un régime de caducité partielle permettrait de reconnaître la divisibilité et la souplesse propres aux autorisations sociales et médico-sociales (…) Cette mesure serait par ailleurs cohérente avec la pratique actuelle des autorités compétentes, qui retranscrivent explicitement dans les arrêtés d'autorisation les places attribuées pour chaque activité ou site, lorsque les établissements ou services exercent des activités distinctes ou une même activité sur des sites distincts* ».

II. DISPOSITIONS LIÉES AUX CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

A. LE CONTEXTE : LA GÉNÉRALISATION DES CPOM

Le financement des établissements et services médico-sociaux a été modifié en profondeur en 2016, avec la mise en place progressive d'un nouveau cadre financier contractuel.

Les lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 ont en effet consacré un outil déjà existant, le CPOM. Ces contrats, signés entre les pouvoirs publics et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, fixent des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements.

Les CPOM sont devenus obligatoires pour plusieurs types d'établissements et de services, au premier rang desquels les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements pour personnes handicapées, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Deux types de CPOM obligatoires sont aujourd'hui prévus par la loi. La période de déploiement de ces deux types de contrat doit prendre fin au 31 décembre 2021.

DOCUMENT PROVISOIRE

LES CPOM OBLIGATOIRES DANS LE DROIT ACTUEL

	CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV *ter*) du code de l'action sociale et des familles	CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles
Établissements ou services concernés	EHPAD et petites unités de vie *Un seul CPOM est conclu pour l'ensemble des EHPAD du département d'un même organisme gestionnaire, et peut intégrer d'autres catégories d'ESMS.*	Établissements accueillant des personnes handicapées Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) *Seuls sont concernés les établissements ou services relevant de la compétence tarifaire de l'ARS* (*les ESSMS relevant de la compétence exclusive du conseil départemental ne sont pas soumis à cette obligation*).

Source : Commission des affaires sociales

B. LE DISPOSITIF : L'HARMONISATION DE DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CPOM

Le présent article met en cohérence les deux types de CPOM. Malgré ces mesures d'harmonisation, ces deux types de CPOM restent très différents dans leur contenu, puisque le CPOM « EHPAD », qui a remplacé la convention tripartite, constitue un véritable outil budgétaire.

1. Sur le plan de la modulation des tarifs

Le **2°** introduit la possibilité de moduler les tarifs en fonction de l'activité pour les CPOM « EHPAD » à l'article L. 313-12.

Cette modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité vise à éviter que le passage à une dotation globale incite certaines structures à laisser leur activité se dégrader – notamment pour les ESSMS qui relevaient jusqu'alors d'une tarification au prix de journée.

Elle est aujourd'hui prévue uniquement pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2, mais pas pour les CPOM « EHPAD », qui peuvent pourtant inclure, au côté des EHPAD, les mêmes catégories d'ESSMS (notamment les SSIAD ou des structures pour personnes handicapées).

Le présent article remédie donc à l'inégalité de traitement entre des structures de même type qui relèveraient de l'une ou l'autre de ces catégories de CPOM.

2. Sur le champ des établissements concernés

Le ***a) du* 3°** vise à étendre l'obligation de conclure un CPOM à tous les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées, à l'exception des EHPAD. Il s'agit en réalité d'inclure dans cette disposition les établissements

DOCUMENT PROVISOIRE

d'accueil de jour autonome pour les personnes âgées, pour lesquels il existe aujourd'hui un vide juridique. En effet, si la loi ne les mentionne actuellement pas parmi les établissements devant conclure un CPOM, les différentes instructions ministérielles produites dans le cadre de la réforme de la tarification et de la contractualisation les ont inclus dans le périmètre, afin d'éviter que seuls ces établissements, peu nombreux, demeurent exclus du dispositif.

Par ailleurs, il est actuellement prévu que les CPOM « EHPAD » puissent concerner plusieurs activités, en incluant d'autres catégories d'établissements ou de services sociaux et médicaux-sociaux, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.

Le ***b) du* 3°** introduit une disposition similaire pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2. Cela permettrait notamment aux ESSMS relevant de la compétence exclusive du conseil départemental de conclure ce type de CPOM, dont ils ne relèvent pas aujourd'hui. Les EHPAD sont logiquement exclus du champ de cette disposition.

C. SUPPRESSION DE L'OPPOSABILITÉ DES CONVENTIONS COLLECTIVES DE TRAVAIL POUR LES ESSMS SIGNATAIRES D'UN CPOM

1. La procédure d'agrément obligatoire, corollaire de l'opposabilité des conventions

Depuis 1975, les accords d'entreprise et avenants aux conventions collectives dans le secteur social et médico-social privé à but non lucratif doivent faire l'objet d'un agrément, en raison de l'impact potentiel de ces accords sur les finances publiques.

Cet agrément est délivré par le ministre compétent, dans la plupart des cas après avis de la commission nationale d'agrément (CNA), au sein de laquelle sont représentés l'ensemble des financeurs du secteur [(1)].

Une fois agréés, ces conventions ou accords s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification : l'autorité tarifaire doit donc obligatoirement tenir compte, dans les tarifs qu'elle retient pour un établissement, des augmentations de la masse salariale entraînées par la mise en œuvre d'une convention agréée ou d'un avenant à cette convention.

(1) Selon l'étude d'impact annexée au présent article, en 2016, 544 accords ou conventions ont été instruits pour agrément, dont 329 ont été présentés à la CNA. Un quart des accords locaux présentés en CNA ont fait l'objet d'un refus d'agrément, pour absence de respect des dispositions du code du travail ou parce que leur application n'aurait pas été soutenable sur le plan financier.

DOCUMENT PROVISOIRE

2. Le dispositif proposé

La généralisation des CPOM, couplée à la définition d'une nouvelle tarification, a renversé la logique de financement des établissements et services médico-sociaux : ce n'est plus le niveau de dépenses qui induit le niveau de ressources mais le niveau d'activité. Le maintien d'un principe d'opposabilité des conventions collectives entre donc directement en contradiction avec cette nouvelle logique et avec la définition de perspectives pluriannuelles de financement au sein des CPOM.

Le **4°** modifie en conséquence l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Le ***a)*** **du 4°** étend à tous les établissements signataires d'un CPOM obligatoire la suppression de l'opposabilité des conventions collectives, suppression déjà applicable aux EHPAD depuis la LFSS pour 2009 (1). Le ***b)*** **du 4°** supprime également la procédure d'agrément pour les conventions et accords locaux pour les mêmes établissements.

La suppression de cet agrément ne concerne que les conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel de ces établissements et services, et ne concerne donc pas les accords nationaux.

*
* *

Article 51

Transfert des missions de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à la Haute Autorité de santé (HAS)

Cet article prévoit la fusion de l'ANESM – agence chargée d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent – avec la HAS.

I. UN RAPPROCHEMENT DÉJÀ ENGAGÉ ENTRE DEUX AGENCES AUX MISSIONS COMPARABLES

L'ANESM a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (2) afin de mieux accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe

(1) Article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

DOCUMENT PROVISOIRE

de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, rendue obligatoire par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'ANESM, constituée sous forme de groupement d'intérêt général (GIP), est notamment chargée :

- de valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles devant permettre de réaliser ces évaluations. Cette tâche absorbe actuellement l'essentiel de ses forces ;

- d'habiliter les organismes extérieurs chargés de procéder à l'évaluation externe des ESSMS (1 314 organismes habilités au 31 décembre 2015).

Ces missions sont comparables avec une partie des missions aujourd'hui exercées par la HAS dans le secteur sanitaire, puisque celle-ci est notamment en charge de l'amélioration de la qualité et de la certification des établissements de santé.

Dans son rapport de 2011 sur *L'État et ses agences*, l'Inspection générale des finances soulignait l'importance des problématiques communes entre les deux agences puisque, « *sur les six recommandations produites ou engagées en 2010 par l'ANESM, la HAS a participé, à des niveaux d'implication divers, à quatre d'entre elles* », et considérait que si, en pratique, ces agences développent des approches complémentaires, la proximité de leurs missions conduit également à des « *dispersions d'efforts* » et à « *une grande complexité du paysage institutionnel* ».

Au cours des dernières années, l'ANESM et la HAS se sont progressivement rapprochées :

– par la conclusion d'un accord-cadre dès 2010, prévoyant les modalités de la collaboration entre les deux agences, et notamment la définition d'un programme d'actions communes ;

– depuis 2015, la HAS assure pour l'ANESM la gestion de la paie, la passation des marchés publics et la comptabilité de l'ordonnateur ;

– depuis 2016, la HAS accueille l'ANESM dans ses locaux à titre gracieux.

Le transfert des missions de l'ANESM au sein de la HAS constitue le prolongement logique de ce rapprochement.

Mme Agnès Buzyn, alors présidente de la HAS, lors de son audition par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale le 27 janvier 2016, avait ainsi souligné que « *les deux institutions partagent déjà l'agence comptable et demain elles partageront des fonctions de support. L'intégration de l'ANESM*

DOCUMENT PROVISOIRE

au sein de la HAS peut aboutir à condition d'adapter des dispositions législatives du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles. »

La convention constitutive du GIP ANESM, qui expirait initialement le 20 avril 2017, a été prorogée pour une durée d'un an seulement. Parallèlement, une mission a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le dispositif d'évaluation interne et externe des ESSMS. Les conclusions de celle-ci, si elles ne traitent pas explicitement la question de l'avenir de l'ANESM, tendent à montrer, selon l'étude d'impact annexée au présent article, que « *cette agence n'a pas atteint la taille critique pour exercer ses missions et que sa gouvernance est complexe* ».

II. LA FUSION DE L'ANESM AU SEIN DE LA HAS

Le présent article transfère l'intégralité des missions de l'ANESM à l'HAS, permettant ainsi de rationaliser le paysage des agences dans ce secteur.

Le **I** du présent article prévoit que tous les biens, droits et obligations de l'ANESM seront transférés à la HAS à titre gratuit, sans donner lieu à perception d'impôts, droits ou taxes.

Il prévoit des dispositions protectrices pour la trentaine d'agents que compte l'ANESM, qui seront également transférés de plein droit à la HAS :

– pour les salariés de droit privé (29 % des agents au 31 décembre 2015), le transfert s'effectuera aux conditions prévues à l'article L. 1224-3 du code du travail. Sauf conditions générales d'emploi contraires, la HAS devra donc proposer aux salariés de droit privé de l'ANESM un contrat de droit public reprenant les clauses substantielles de leur contrat, et les services accomplis au sein de l'agence seront assimilés à ceux accomplis au sein de la HAS ;

– les contractuels de droit public conserveront le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Le **II** modifie les articles L. 14-10-5 et L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles relatif à l'évaluation interne et externe des ESSMS :

– en supprimant les alinéas détaillant les modalités d'organisation et de financement de l'ANESM (**1° du II et *c)* du 2° du II**) ;

– en remplaçant les références à l'ANESM par des références à la HAS (***a), b), d)* du 2° du II, 3°**) ;

– en ajoutant un alinéa à l'article L. 312-8 donnant pour mission à une commission de la HAS d'établir et de diffuser les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux ESSMS (***e) du 2° du I***).

DOCUMENT PROVISOIRE

Le **c) du 2° du II** supprime également le huitième alinéa de l'article L. 312-8, relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe par l'ANESM, cette disposition étant devenue obsolète.

Le présent article modifie également l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, relatif aux missions de la HAS :

– en ajoutant l'accompagnement de l'évaluation des ESSMS tel que prévu par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles au nombre de ses missions (**1° du III**) ;

– en créant une nouvelle commission spécialisée (également mentionnée au sein de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles), reprenant les anciennes missions de l'ANESM, en son sein (**2° du III**).

Le **IV** prévoit que l'intégration de l'ANESM au sein de la HAS sera effective le 1er avril 2018, le GIP ANESM expirant au 20 avril 2018.

Si le transfert des missions de l'ANESM au sein de la HAS générera des économies d'échelles toutes administrations publiques confondues, elle a toutefois un coût pour l'assurance maladie.

En effet, alors que l'ANESM est financée par une dotation de l'État (à hauteur de 1,20 M€) et par la CNSA (1,60 M€), la HAS est principalement financée par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette dotation devra donc couvrir les nouvelles missions dévolues à la HAS. Un transfert annuel de recettes de l'État et de la CNSA vers l'ONDAM est prévu pour compenser cette charge nouvelle, d'un montant s'élevant respectivement à 0,90 M€ et 1,60 M€.

*

* *

Article 52

Dotation de l'assurance-maladie au FMESSP, à l'ONIAM, et de la CNSA aux ARS

Cet article porte approbation des dotations annuelles de la branche assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSP) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ainsi que celle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement des agences régionales de santé (ARS).

DOCUMENT PROVISOIRE

● Le **I** prévoit une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESSP) [1] à 448,87 millions d'euros. Elle est en forte hausse par rapport à la dotation 2017 qui était de 44,4 millions d'euros

● Le **II** prévoit une contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des agences régionales de santé (ARS) de 131,7 millions d'euros, en hausse par rapport à 2017 (129,6 millions d'euros).

La CNSA a en effet pour mission de financer de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées au domicile ou en établissement, ainsi que d'appui aux acteurs sur le terrain. Outre les concours aux conseils départementaux, notamment au titre du co-financement des prestations, elle finance *via* le budget des ARS des actions de prises en charge et d'accompagnements en faveur des personnes âgées et handicapées [2].

D'après les informations obtenues auprès de la direction de la sécurité sociale, 35,8 millions d'euros financeront les groupements d'entraide mutuelle dans le cadre du plan Santé mentale et 95,9 millions des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

● Le **III** prévoit une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à hauteur de 105 millions d'euros, soit une somme en légère diminution par rapport à 2017 (107 millions d'euros).

L'ONIAM assure au titre de la solidarité nationale l'indemnisation des préjudices liés, d'une part, aux accidents médicaux non fautifs et à différentes contaminations (VIH, VHC, VHB, HTLV) sur financement de la branche maladie du régime général et, d'autre part, des mesures sanitaires d'urgence, des vaccinations obligatoires, du benfluorex et des médicaments dérivés du valproate de sodium [3] sur financement de l'État. La part qui relève de l'assurance maladie est estimée à 136,82 millions d'euros [4].

Compte tenu du montant de la contribution pour 2018 (-2 millions d'euros), de la très forte hausse de dotation de l'État (+69,7 millions d'euros) et de la hausse des ressources propres et autres produits, d'une part, et de la forte hausse des charges (+67,8 millions d'euros) liées notamment à la montée en charge de l'indemnisation des victimes du valproate de sodium (Depakine), d'autre part, le résultat 2018 devrait être à nouveau déficitaire de 2,7 millions d'euros, couverts par les excédents cumulés notamment entre 2012 et 2015.

---

(1) Les missions du FMESPP sont sommairement présentées dans le commentaire de l'article 3 du projet de loi ainsi que dans son annexe 8.

(2) Cette contribution s'impute sur la section I de ses comptes, relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

(3) Cette prise en charge résulte de l'article 150 de la loi de finances pour 2017.

(4) Annexe 10, p. 413.

DOCUMENT PROVISOIRE

CHAPITRE V
Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie

Article 53
Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article porte approbation des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'année 2018, tels qu'ils ressortent des dispositions du projet de loi, et notamment des dispositions du titre IV de la quatrième partie.

● Depuis la réforme de la protection maladie universelle (PUMA), le régime général finance la totalité des prestations en nature pour l'ensemble des régimes obligatoires, excluant ainsi un champ de prestations en espèces spécifiques. Aussi, les deux périmètres sont structurellement très proches en termes de tendance financière.

Ainsi, les objectifs de dépense de la branche maladie sont fixés pour 2018 par cet article à 211,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et 210,6 milliards d'euros pour le régime général, en hausse par rapport à 2017 (respectivement 207,3 milliards et 206 milliards) .

● Ils sont en recul d'environ 4,5 milliards par rapport aux tendanciels (respectivement 215,3 et 214 milliards d'euros) tels qu'ils résultent du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 28 septembre dernier.

Le champ des dépenses de la branche maladie dépasse celui de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) puisqu'il prend en compte d'autres prestations (médico-sociales, pensions d'invalidité, indemnités journalières maternité) pour un montant de 12,5 milliards d'euros, ainsi que les charges de gestion de la caisse nationale (6,7 milliards d'euros).

Toutefois, dès lors que l'ONDAM représente 95 % des dépenses de la branche, il constitue l'outil principal du pilotage de la dépense en matière d'assurance maladie. On pourra donc utilement se référer au commentaire de l'article 54 qui décrit les économies réalisées dans ce champ en 2018.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 54
ONDAM et sous-ONDAM

Cet article porte approbation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2018, tel qu'il résulterait de l'adoption des dispositions du projet de loi, notamment les dispositions du titre IV de la quatrième partie.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que les sous-objectifs pour 2018 sont fixés selon les modalités retracées dans le tableau suivant, à comparer avec les prévisions rectifiées pour 2017 à l'article 6 du projet de loi.

(en milliards d'euros)

	ONDAM 2017 rectifié	ONDAM 2018
Dépenses de soins de ville	86,8	88,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	79,0	80,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,0	9,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	10,9	11,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	3,4
Autres prises en charge	1,6	1,8
Total	190,7	195,2

● Cet objectif de 195,2 milliards [(1)] correspond à une évolution de + 2,3 % en 2018, laquelle implique, compte tenu de l'évolution tendancielle des dépenses (+ 4,5 %) [(2)], un effort de réduction des dépenses important (environ 4,5 milliards d'euros).

À l'inverse, il est plus élevé que celui qui était prévu par le PLFSS 2017 (+ 2,1 %), illustrant ainsi la volonté du Gouvernement et de la majorité de donner des moyens en vue de réaliser des réformes structurelles dans un cadre moins contraint (400 millions d'euros de dépenses supplémentaires par rapport à la trajectoire fixée par le précédent gouvernement).

● L'augmentation sera plus forte pour les soins de ville (+ 2,4 %) et le médico-social (+ 2,4 %) que pour les établissements de santé (+ 2,2 %) [(3)], afin de tenir compte des dynamiques inhérentes à chacun des sous-objectifs [(4)] :

(1) Conforme aux dispositions du II de l'article 9 du projet de loi de programmation pluriannuelle des finances publiques 2018-2020.

(2) Ce chiffre est issu du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 28 septembre 2017. Il inclut l'ensemble des mesures prises antérieurement à cette date, ainsi les dispositions conventionnelles de revalorisations tarifaires des médecins de ville.

(3) Cette augmentation prend en compte celle annoncée du forfait journalier hospitalier de deux euros.

(4) Les éléments quantitatifs et qualitatifs sont issus de l'annexe 7 du projet de loi.

DOCUMENT PROVISOIRE

– ainsi, en l'absence de mesures nouvelles, le taux d'évolution des soins de ville serait de + 5,1 % correspondant à un taux de croissance spontanée de + 4,2 % et aux effets de mesures déjà engagées tenant notamment à l'application de la convention médicale 2016-2021 et aux conséquences prévisibles des négociations en cours sous forme de provisions.

– s'agissant des dépenses des établissements de santé, elles augmenteraient hors mesures nouvelles 2018 de 4,0 % en raison de plusieurs facteurs comme la convention médicale précitée [(1)], la montée en charge des nouvelles classes thérapeutiques innovantes, la hausse du financement du FMESPP.

NIVEAU DE DÉPENSES TENDANCIEL (EN MILLIARDS)	199,3
MESURES NOUVELLES [(2)]	EFFET SUR LES COMPTES*
Mesures de maîtrise des dépenses de gestion courante (COG)	– 0,2
Lutte contre la fraude aux prestations	– 0,1
Économies ONDAM	– 4,1
Structuration de l'offre de soins (parcours de soins efficients, performance interne des établissements)	– 1,5
Pertinence des produits de santé (médicaments, bio-similaires, tarifs, prescriptions, remises)	– 1,5
Pertinence et qualité des actes (maîtrise médicalisée et actions de pertinence/d'adaptions tarifaires)	– 0,3
Pertinence et efficience des prescriptions d'arrêt de travail	– 0,2
Actualisation du forfait journalier hospitalier	– 0,2
Gestion dynamique du panier de soins	– 0,2
Baisse des cotisations des professionnels de santé	– 0,1
OBJECTIF DE DÉPENSES 2018	195,2

Annexe VII du projet de loi

- *Sous réserve de règles d'arrondis*

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Les dispositions de la convention pour les actes et consultations externes réalisées par les personnels des établissements de santé.

(2) On trouvera à l'annexe 7 p. 14 la ventilation de ces mesures nouvelles afin de pouvoir la comparer avec le plan ONDAM 2015-2017.

TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 55
Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Cet article porte approbation des prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse pour 2018.

La prévision des charges du fonds de solidarité vieillesse (FSV) [(1)], seul organisme concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, est fixée pour 2018 à 19,3 milliards, soit 0,4 milliard de moins qu'en 2017, notamment grâce au plafonnement de la prise en charge du minimum contributif par le fonds de solidarité vieillesse fixé à 1,7 milliard d'euros en 2018.

Cette prévision est supérieure de 200 millions d'euros au tendanciel prévu par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport du 28 septembre dernier (19,1 milliards d'euros), en raison de la mise en place en 2018 de la première partie de l'augmentation de l'ASPA prévue à l'article 28 du présent texte [(2)].

NIVEAU DE DÉPENSES TENDANCIEL (EN MILLIARDS)	19,1
MESURES NOUVELLES	EFFET SUR LES COMPTES
Revalorisation du minimum vieillesse	+ 0,1*
OBJECTIF DE DEPENSES 2018	19,3*

** sous réserve des règles d'arrondi*

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

(1) Les fonctions du fonds de solidarité vieillesse sont rappelées notamment dans le commentaire de l'article 1er.

(2) On pourra utilement se référer au commentaire de cet article pour la description de la mesure et de ses effets financiers.

TITRE VI
DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 56
Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion (COG)

Cet article prévoit la conclusion d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), l'un des rares régimes obligatoires d'assurance vieillesse à ne pas être lié à l'État par un dispositif conventionnel de ce type, permettant de définir de manière pluriannuelle des moyens et des objectifs, et d'en mesurer la réalisation.

I. LE DROIT EXISTANT

● La CNBF est un régime spécial de sécurité sociale assurant ses ayants droit contre les risques vieillesse et invalidité-décès. Les ressources de la CNBF sont constituées pour l'essentiel des cotisations sociales versées par les avocats et par le droit de plaidoirie, recouvré auprès des clients et reversé à la Caisse ; logiquement, ses charges sont pour l'essentiel les pensions de retraite versées aux assurés. En 2018, le solde (1) de la CNBF devrait être excédentaire de 48 millions d'euros, le montant de ses ressources (321 millions d'euros) excédant celui de ses charges (274 millions). Le conseil d'administration de la CNBF est composé de 38 avocats en fonction ou en retraite, représentant les avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation, les avocats au barreau de Paris et les avocats aux autres barreaux de France.

● En l'état du droit, aucune COG ne lie la CNBF à l'État. Instituées par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, les COG sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale, dans un objectif de modernisation et d'amélioration de la performance de la sécurité sociale. Il s'agit d'un document contractuel qui formalise la délégation de gestion du service public de la sécurité sociale aux organismes gestionnaires. Les COG sont signées, en général pour une durée de quatre ans, par le président et le directeur de la caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle. Chaque année, l'annexe n° 2 au projet de loi de financement de la sécurité sociale présente l'ensemble des COG, en application du 2° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale (2). La CNBF fait partie des quelques régimes spéciaux (3) ne figurant jusqu'alors pas dans cette annexe.

---

(1) Arrondi.

(2) Prévoyant une annexe « présentant, pour les années à venir, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre, tels qu'ils sont déterminés conjointement entre l'État et les organismes nationaux des régimes obligatoires de base et indiquant, pour le dernier exercice clos, les résultats atteints au regard des moyens de fonctionnement effectivement utilisés *».*

(3) En réponse à une question du rapporteur général, le Gouvernement a indiqué que les régimes sans COG sont ceux dont le faible nombre d'affiliés ne justifie pas la mise en place d'un tel outil.

DOCUMENT PROVISOIRE

● L'étude d'impact annexée au présent article relève que l'absence de COG entre l'État et la CNBF « *ne favorise pas l'élaboration d'une feuille de route partagée permettant la détermination conjointe des objectifs de la caisse ni l'inscription de celle-ci dans le cadre de la démarche d'efficience partagée par l'ensemble des organismes chargés de la gestion d'un régime de sécurité sociale* ».

II. LE DROIT PROPOSÉ

● Cet article prévoit d'insérer un nouvel article L. 723-2-1 dans le code de la sécurité sociale, complétant la sous-section 1 (« Organisation administrative – Caisse nationale des barreaux français ») de la section 1 (« Organisation administrative et financière ») du chapitre III (« Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès) ») du titre II (« Régimes divers de non-salariés et assimilés ») du livre VII (« Régimes divers – Dispositions diverses »).

Sous réserve de quelques spécificités, la rédaction de cet article s'inspire largement de celle des autres articles du code relatifs aux COG du régime général (article L. 227-1) ou au régime social des indépendants (article L. 611-7). Ainsi, il est classiquement prévu que la COG signée par l'autorité compétente de l'État et la CNBF comporte les engagements réciproques des signataires, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, et pour une période minimale de quatre ans.

La COG déterminera les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement de la Caisse et les actions mises en œuvre, par les deux parties signataires, pour atteindre les objectifs.

L'article dresse une liste, non exhaustive du fait de l'emploi de l'adverbe « *notamment* », du contenu de la COG, classique là aussi : objectifs en matière de gestion du risque, de service des prestations et de recouvrement des créances ; objectifs d'amélioration de la qualité de service aux usagers ; objectifs de l'action sociale [(1)] ; règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale, indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés le cas échéant à la définition des objectifs, conditions de conclusion des avenants, processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus.

● L'étude d'impact esquisse certains des objectifs qui pourraient être définis dans la COG : réduction du délai de liquidation des pensions, amélioration de l'information et de la communication auprès des affiliés, notamment. La même source évoque les économies de gestion qui pourraient découler de la future COG, soit 400 000 euros par an sur quatre ans, avec une double hypothèse de réduction de 15 % des dépenses de fonctionnement sur la durée de la COG, et d'une baisse annuelle des effectifs de 2,5 % [(2)].

---

(1) Qui figure au rang des missions de la CNBF, comme de la généralité des organismes de sécurité sociale.

(2) Pour un budget de gestion administrative de 9 millions d'euros par an aujourd'hui.

DOCUMENT PROVISOIRE

Article 57
Renforcement des dispositifs de lutte contre la fraude

Cet article vise à mieux adapter les sanctions contre la fraude aux prestations sociales, notamment en matière d'assurance maladie.

1. La fraude, persistante, aux prestations sociales est sanctionnée à divers titres

a. La fraude fait déjà l'objet d'un important arsenal répressif

● Les organismes de sécurité sociale ainsi que les agents de contrôle compétents doivent procéder au contrôle du bénéfice des prestations sociales, c'est-à-dire toute obtention de ces dernières – qualifiées alors d'« indus » – par des moyens illégaux [(1)] (article L. 114-9 du code de la sécurité sociale). Cette identification est favorisée, entre autres [(2)], par le droit de communication des agents de contrôle ou des organismes qui peuvent ainsi obtenir de tiers (banques [(3)], fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie) toutes les informations nécessaires pour contrôler « *la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites et l'authenticité des pièces produites* » (art. L. 114-19).

Les « indus » sont recouvrables par les organismes de sécurité sociale comme l'ensemble des autres créances nées de la législation sociale tandis que l'illégalité est passible :

– de sanctions pénales notamment en cas de fraude aux prestations sociales (délit générique prévu à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale) de fausse déclaration (article 441-6 du code pénal) ou d'escroquerie (article L. 313-2 du même code) ; l'organisme doit alors comme tout justiciable saisir le ministère public à partir des éléments qu'il a en sa possession ;

– de sanctions administratives prononcées par ces mêmes organismes en vertu des prérogatives de puissance publique qui leur sont confiées par voie légale ou réglementaire ; il s'agit le plus souvent d'amendes ou de pénalités, mais la loi prévoit également des avertissements, l'ensemble de ces sanctions étant susceptibles de recours devant le tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS).

● Au sein de la branche maladie, des ordres professionnels exercent également un rôle important dès lors qu'ils ont la compétence du contentieux du contrôle technique, à savoir celui des « *fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant*

---

(1) Les fraudes en matière sociale sont définies à l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale.

(2) On peut aussi citer l'obligation de communication entre organismes de sécurité sociale, État, services de congés payés et Pôle Emploi prévu à l'article L. 114-12 ou encore le répertoire national commun des régimes obligatoires de sécurité sociale prévu à l'article L. 114-12-1.

(3) Le secret bancaire n'est donc pas opposable à l'administration fiscale.

DOCUMENT PROVISOIRE

l'exercice de la profession » (art. L. 145-1 du code de la sécurité sociale) dans les prestations servies à des assurés sociaux pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Il s'agit d'un contentieux disciplinaire autonome qui n'exclut pas d'autres poursuites disciplinaires devant la juridiction ordinale de droit commun ou devant le juge pénal.

Le contentieux technique relève ainsi de sections des assurances sociales de chaque ordre de première instance puis d'appel, le cas échéant, lesquelles peuvent être saisies par les services compétents de l'État, les organismes de sécurité sociale, les syndicats de professionnels de santé ainsi que les conseils départementaux des ordres intéressés (article R. 145-18 du code de la sécurité sociale).

Les sections peuvent prononcer des avertissements, des blâmes, des interdictions temporaires ou permanentes d'exercer mais aussi condamner les professionnels à rembourser à l'assuré ou aux organismes de sécurité sociale les abus d'honoraires ou les abus de prix sur des produits (médicaments, fournitures, analyses) (art. L. 145-2 du code de la sécurité sociale). Il n'est en revanche pas possible de soumettre le professionnel à un remboursement lorsque celui-ci méconnaît les obligations issues de l'article L. 162-1-7 relatif aux classifications communes des actes médicaux ou les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte.

Ces sanctions, qui peuvent être contestées devant la juridiction administrative, sont soumises au principe du *non bis in idem* dès lors qu'elles auraient pour effet de sanctionner les mêmes faits à des sanctions de même nature (notamment s'agissant des remboursements).

b. Le dispositif de sanctions gagnerait à étendre les sanctions les plus efficaces aux branches dans lesquelles elles n'existent pas et à renforcer certains quantums

● Le code de la sécurité sociale distingue en matière de sanctions les fraudes aux prestations famille et vieillesse (L. 114-17), d'une part, et maladie et accidents du travail/maladies professionnelles d'autre part (L. 114-17-1). Cette distinction est justifiée par des interlocuteurs différents en fonction des branches.

Les pénalités prévues aux deux articles sont similaires (au maximum, deux fois le montant du plafond annuel de la sécurité sociale, doublé en cas de récidive), sans être identiques, puisque la branche maladie a un dispositif spécifique de plafonnement à hauteur de 50 % des sommes concernées. Cette situation ne tient pas nécessairement compte de la réalité de la fraude dans chaque branche.

À l'inverse, les branches famille et vieillesse sont privées des dispositifs d'avertissement qui se révèlent très utiles dans la mesure où ils évitent de procéder à une sanction pécuniaire dès le premier manquement tout en ouvrant la voie à une sanction renforcée en cas de récidive, les avertissements étant des sanctions à part

DOCUMENT PROVISOIRE

entière. De même, l'interdiction de remises de dette en cas de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations n'est possible qu'au niveau de la branche famille. Aucune de ces deux distinctions ne saurait se justifier par une différence de nature entre les fraudes concernées, d'autant que des difficultés récurrentes sont repérées dans la branche maladie.

● D'autres mécanismes de sanction en matière de lutte contre la fraude aux prestations demeurent perfectibles à d'autres niveaux :

– les sanctions en matière d'assurance maladie ne font pas suffisamment de distinction entre une fraude simple, laquelle peut consister simplement à omettre un élément, et les cas les plus graves, inspirés de qualifications pénales, à savoir les manœuvres frauduleuses (1) ou fausses déclarations (2) ;

– les sanctions prévues en cas de refus d'obtempérer au droit de communication des organismes de sécurité sociale prévu à l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale sont inopérantes lorsque le nombre de noms concernés est inconnu, en raison d'un mécanisme de proportionnalité inadapté à ces situations.

2. Le présent article ajuste plusieurs dispositifs en vue d'une meilleure adéquation avec la gravité du manquement

Le **1°** modifie le premier alinéa de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale en vue d'étendre la possibilité de prononcer des avertissements aux organismes de sécurité sociale compétents aux branches famille et vieillesse. Il s'agit d'une faculté qui était déjà ouverte dans la branche maladie de mettre en garde l'assuré par courrier dans les cas les moins graves.

Le **a) du 2°** procède à un double rehaussement du plafonnement des sanctions pécuniaires prévues à l'article L. 114-17-1 relatif aux pénalités prononcées par les directeurs de caisses de l'assurance maladie :

– lorsque la somme qui a fait l'objet de la fraude est déterminable, le plafond augmentera de 50 % à 70 % de celle-ci ;

– lorsque cette somme n'est pas déterminable, le plafond forfaitaire sera doublé par rapport à l'état du droit, soit quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Le **b) du 2°** crée un « plancher » en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration correspondant au montant des sommes obtenues illégalement,

---

(1) Le terme de « manœuvres frauduleuses » est très ancien en droit pénal, et renvoie dans la définition qu'en donne l'article L. 313-1 du code pénal à la réalisation d'un fait positif par son auteur, déterminant dans la remise de l'indu, dans le but de tromper une personne.

(2) La fausse déclaration, en l'absence de définition spécifique dans le code de la sécurité sociale, renvoie à la catégorie pénale de « faux », lequel consiste à fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir un avantage indu (voir par exemple l'article 441-6 du code pénal).

DOCUMENT PROVISOIRE

majoré d'une pénalité dont le montant ne pourra dépasser la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le **c) du 2°** supprime les deux hypothèses dans lesquelles le directeur de caisse ne pouvait pas notifier un avertissement à l'intéressé, à savoir :

– l'obtention ou la tentative d'obtention illégale de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou des déductions sociales ou fiscales liées à la souscription d'un contrat auprès d'un organisme de protection sociale complémentaire tel qu'ils sont prévus à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale (aide à la complémentaire santé) ;

– l'obtention ou la tentative d'obtention de l'aide médicale d'État (AME).

La gravité, réelle au demeurant, de ces deux hypothèses, dès lors qu'elle est parfaitement comparable aux autres situations frauduleuses visées par le II de l'article L. 114-17-1 ne peut justifier à elle seule l'impossibilité de prononcer des avertissements dans ces matières.

Le **d) du 2°** crée la possibilité pour ce même directeur de notifier un avertissement après avoir saisi la commission des pénalités. Le directeur de la caisse doit en effet pouvoir apprécier la gravité d'emblée mais aussi après la saisine de la commission. L'appréciation de celle-ci peut en effet appeler une réponse sous la forme d'un avertissement.

Le **3°** modifie l'article L. 114-19 relatif au droit de communication que peuvent exercer les organismes de sécurité sociale ou les agents de contrôle.

Le ***a)* du 3°** apporte trois précisions rédactionnelles au huitième alinéa.

Le ***b)* du 3°** crée une pénalité forfaitaire de 5 000 euros par demande en cas d'obstacle au droit de communication lorsque celui-ci porte sur des personnes non identifiées, lesquels sont alors *ipso facto* indénombrables pour l'organisme et ne peuvent se voir correctement appliquer la sanction proportionnelle au nombre de personnes concernées. Il s'agit ainsi de revenir sur un véritable manque de l'arsenal actuel.

Le **4°** permet aux juridictions ordinales de condamner le professionnel de santé qui méconnaîtrait les conditions de prescription édictées dans les conditions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale de condamner le professionnel de santé concerné au reversement des sommes perçues auprès des organismes de sécurité sociale, et singulièrement de l'assurance-maladie.

Cette mesure répond à deux enjeux juridiques :

– la CNAMTS constate des difficultés très importantes liées, non pas à des abus d'honoraires qui peuvent déjà faire l'objet d'une condamnation pour

DOCUMENT PROVISOIRE

reversement, mais à des abus d'actes [1], consistant à ne pas respecter la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ; il peut s'agir par exemple de la prescription d'un nombre d'actes supérieur à ce qui est admis sur le plan scientifique.

– en vertu du principe *non bis in idem*, les sanctions administratives par la caisse et la juridiction ordinale ne sont pas compatibles pour les mêmes faits ; il s'agit donc de donner aux juridictions ordinales l'ensemble des moyens en termes de sanction afin de rendre le contentieux technique le plus efficace possible et de limiter les risques contentieux.

Le ***a)*** **du 5°** apporte une précision rédactionnelle.

Le ***b)*** **du 5°** interdit aux organismes de la branche maladie de procéder à des remises en cas de précarité du débiteur sur des créances résultant d'une manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. Cette disposition lèvera toute ambiguïté sur ce sujet, les services de la direction de la sécurité sociale ayant indiqué que certaines caisses accordaient des remises à des personnes dont le comportement avait été intentionnellement frauduleux.

Le rapporteur général salue l'équilibre de cet article qui promeut un arsenal de sanctions toujours plus complet pour faire face à des situations très différentes : la répression pécuniaire pourra être plus grave pour les comportements les plus inacceptables, souvent commis par des professionnels ou des entreprises, et plus modérées dans les cas les plus bénins, notamment à travers les avertissements. S'agissant de ces derniers, la présente mesure s'inscrit opportunément dans la perspective de sanctions mieux adaptées à la gravité du manquement commis. Cette réflexion, nourrie par le dernier rapport remis par le Défenseur des Droits [2], devra être poursuivie dans le cadre des initiatives du Gouvernement sur le droit à l'erreur et à l'occasion des prochains projets de loi de financement.

*

* *

DOCUMENT PROVISOIRE

---

(1) Pour le fonctionnement de la classification des actes tels qu'il ressort de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 37.

(2) Défenseur des droits, Rapport sur la lutte contre la fraude aux prestations sociales*, 7 septembre 2017. Ce rapport propose notamment de prendre davantage en compte l'intention frauduleuse dans les sanctions administratives prononcées.*