

# SOMMAIRE

Note explicative .....	3
------------------------	---

## **Dispositions relatives à l'année 2009**

Article 3 – Ratification du décret du 29 juillet 20089 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie du régime général pour 2009 .....	4
--	---

Article 6 – Modification des dotations 2009 du FIQCS et de l'EPRUS .....	7
--	---

## **Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement**

Article 10 – Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au financement de la mobilisation nationale contre la pandémie grippale .....	13
---	----

Article 11 – Modification du taux K de la clause de sauvegarde, sécurisation du recouvrement des remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux .....	16
---	----

Article 12 - Augmentation du rendement de la taxe promotion sur les dispositifs médicaux au bénéfice de la CNAMTS et de la HAS .....	24
--	----

Article 13 – Modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs et financement du régime des exploitants agricoles .....	30
---	----

Article 14 – Renforcement des prélèvements portant sur les retraites « chapeau » .....	36
--	----

Article 15 - Augmentation du forfait social .....	41
---	----

Article 16 - Suppression du seuil de cession des valeurs mobilières et de droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux .....	46
---	----

Article 17 – Réforme des niches sociales sur les revenus du capital – aménagement des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès .....	56
---	----

Article 18 - Exonération de la cotisation vieillesse sur les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un centre communal ou inter-communal d'action sociale .....	62
--	----

Article 19 – Non compensation d'une mesure d'exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale .....	67
---	----

## **Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité**

Article 26 – Comptabilisation en compte de tiers de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale .....	70
--	----

## **Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie**

Article 28 – Non prise en compte du surcoût induit par les dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM en 2010 .....	75
--	----

Article 29 - Exonération des examens de suivi après sortie des ALD .....	79
--	----

Article 30 - Amélioration de la procédure de mise sous accord préalable .....	85
---	----

Article 31 – Régulation des dépenses de transports sanitaires .....	92
---	----

Article 32 – Report de la convergence tarifaire inter-sectorielle des établissements de santé à 2018 – identifier les soins effectués dans les hôpitaux établis hors de France et ouverture d'une possibilité de prise en charge directe des soins .....	100
--	-----

Article 33 – Frais de transport des personnes adultes handicapées .....	110
---	-----

Article 34 – Montant des contributions des régimes d'assurance maladie aux agences régionales de santé au titre de l'exercice 2010 .....	114
--	-----

Article 35 - Dotation annuelle du FIQCS, du FMESPP, de l'ONIAM et de l'EPRUS .....	117
--	-----

### **Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse**

Article 38 - Réforme des majorations de durée d'assurance pour enfant .....	130
Article 39 – Séniors invalides : cumul emploi-pension d'invalidité et non cumul pension d'invalidité-pension de retraite .....	140
Article 40 - Transfert au FSV du financement des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et d'invalidité .....	148

### **Dispositions relatives aux dépenses des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Article 42 – Réforme de la tarification des AT-MP dispositifs d'incitations financières .....	154
Article 43 - Dotations annuelles du FCAATA et du FIVA .....	161
Article 44 - Versement annuel de la branche AT-MP du régime général à l'assurance maladie du même régime .....	165

### **Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**

Article 46 – Faire bénéficier les assistants maternels du prêt à l'amélioration de l'habitat .....	167
--	-----

### **Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement**

Article 48 - Renforcement du pouvoir de la CCMSA en matière de pilotage financier des caisses locales .....	172
---	-----

### **Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude**

Article 50 - Réforme des pénalités financières .....	175
Article 51 - Détection des logements fictifs ouvrant droit au versement d'aides personnalisées au logement .....	182
Article 52 – Prorogation de l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraudes aux aides personnelles au logement, « suppression pour l'avenir » .....	190
Article 53 – Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail .....	194
Article 54 - Pénalités adaptées pour les fortes activités de soins de santé .....	207

## NOTE EXPLICATIVE

Cette annexe présente les évaluations préalables des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en application du III (10°) de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale.

Présentées pour la première fois au Parlement à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, ces évaluations résultent d'une obligation nouvelle, prévue par la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution. Cette réforme a inscrit dans le code de la sécurité sociale la règle de l'évaluation préalable de chaque disposition ne relevant pas du domaine exclusif des lois de financement de la sécurité sociale. L'exercice d'évaluation préalable a cependant été étendu à certains articles qui appartiennent à ce domaine afin d'assurer la meilleure information possible du Parlement.

Pour chaque article soumis à une évaluation préalable sont ainsi présentés :

- le diagnostic des difficultés à résoudre et les objectifs de la réforme envisagée, en mettant en lumière les limites du dispositif existant ;
- les différentes options envisageables, leurs avantages et inconvénients respectifs, afin de mettre en évidence les raisons ayant présidé au choix de la mesure proposée ;
- les consultations menées avant la saisine du Conseil d'Etat, qu'elles aient un caractère obligatoire ou facultatif ;
- les aspects juridiques : articulation avec le droit européen en vigueur, introduction de la mesure dans l'ordre interne, dont son application dans les collectivités d'outre mer
- l'impact de la disposition envisagée, en distinguant, d'une part, les incidences (économiques, financières, sociales et environnementales) pour les différentes catégories de personnes physiques et morales intéressées et, d'autre part, les conséquences pour les administrations publiques concernées, notamment les caisses de sécurité sociale ;
- la mise en œuvre de la disposition, en indiquant la liste prévisionnelle des textes d'application requis, les autres moyens éventuellement nécessaires à la mise en place du dispositif, ainsi que ses modalités de suivi.

Ces différents items ont été renseignés avec pour but d'éclairer au mieux l'article auquel elles se rapportent. Chaque évaluation préalable suit ainsi un principe de proportionnalité, en mettant l'accent sur les incidences les plus significatives, variables d'une disposition à l'autre.

# ARTICLE 3

## RATIFICATION DU DECRET DU 29 JUILLET 2009 PORTANT RELEVEMENT DU PLAFOND DES AVANCES DE TRESORERIE AU REGIME GENERAL EN 2009

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Du fait de la détérioration extrêmement rapide de la conjoncture économique, le profil de trésorerie de l'ACOSS s'est fortement dégradé par rapport à sa prévision initiale de septembre 2008. Prévue en croissance de 2,75 % dans la LFSS pour 2009, la masse salariale, sur laquelle sont assises la majorité des recettes de la sécurité sociale, pourrait in fine diminuer d'environ de 2 %, ce qui représente des moindres recettes de près de 10 milliards d'euros.

En application du e) du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3, le plafond d'emprunt de trésorerie de l'ACOSS a été fixé en LFSS pour 2009 à 18,9 milliards d'euros, en prenant en compte un point bas prévu initialement à -16,9 milliards d'euros.

Or, dans sa prévision de juillet, l'ACOSS prévoyait un nouveau point bas annuel de trésorerie à -26,2 Md€ le 13 novembre, ainsi qu'un fort risque de dépassement du plafond d'emprunt dès septembre.

En conséquence et conformément à l'article L.O. 111-9-2 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement a décidé de relever le plafond d'emprunt de trésorerie de l'ACOSS à 29 milliards d'euros par le décret en conseil des ministres n°2009-939 du 29 juillet 2009 (paru au journal officiel du 31 juillet). Conformément aux dispositions de ce même article du code de la sécurité sociale, les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ont été informées du projet de décret.

Si la dégradation de la conjoncture économique laissait augurer depuis plusieurs mois un dépassement probable de ce plafond sur le quatrième trimestre 2009, le montant du relèvement ne pouvait être fixé de manière précise compte tenu des incertitudes qui ont continuellement pesé sur la situation économique.

Compte tenu de ces aléas macroéconomiques, concernant notamment la masse salariale, le point bas annuel de trésorerie pourrait encore être dégradé d'ici la fin de l'année, ce qui a justifié la prise en compte d'une marge de sécurité de 2,8 Md€ entre le point bas et le plafond d'emprunt.

L'article L.O. 111-9-2 du code de la sécurité sociale dispose que le décret en conseil des ministres relevant le plafond de trésorerie de l'ACOSS doit être ratifié dans la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

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

L'option retenue est de valider le plafond de 29 Md€ fixé par le décret. En effet, au vu des dernières informations disponibles, et présentées dans l'annexe 9 au présent projet de loi, le dépassement du précédent plafond de 18,9 Md€ interviendrait bien en octobre, et le point bas s'établirait à 26,3 Md€, atteint en toute fin d'année.

### II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Le conseil d'administration de l'ACOSS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule responsabilité des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Sans objet.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

La mesure n'a d'effet que pour les parties du territoire national couverte par le champ d'application du régime général de la sécurité sociale, soit outre les départements métropolitains, les quatre DOM et les collectivités de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy. Elle ne concerne donc pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

Sans objet.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Non

b) impacts sociaux :

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure est mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun impact significatif.

d) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Sans objet.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

## **ARTICLE 6**

### **MODIFICATION DES DOTATIONS 2009 DU FIQCS ET DE L'EPRUS**

1<sup>ERE</sup> PARTIE : MODIFICATION DE LA DOTATION 2009 DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS (FIQCS)

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

##### **1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention**

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et rassemblant dans un même dispositif financier le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a vocation à accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Ses missions sont de contribuer au financement :

- du développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, du développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Le décret n°2007-973 du 15 mai 2007 a fixé l'entrée en vigueur du FIQCS au 1<sup>er</sup> juillet 2007.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil National de Gestion (CNG), qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG<sup>1</sup>. Au niveau régional, les Conseils Régionaux de la qualité et de la coordination des soins (CRQCS) décident de l'attribution des aides financières au titre du FIQCS. Les MRS, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007, assurent le secrétariat des instances du FIQCS en région.

Les ressources du Fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

Les crédits disponibles pour le fonds ont donc deux sources : la dotation votée en LFSS et le fond de roulement constitué par les excédents accumulés les années précédentes.

Le CNG fixe chaque année le plafond de dépenses en tenant compte de ces deux sources de crédits. Le CNG convient ensuite d'une répartition entre l'enveloppe nationale, gérée par le CNG pour les projets interrégionaux ou nationaux, et l'enveloppe régionale, répartie entre les missions régionales de santé (MRS) en fonction des critères populationnels et de la densité régionale des professionnels de santé.

Les modalités d'attribution du FIQCS, définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, prévoient notamment que les MRS gèrent la dotation régionale du FIQCS. Elles assurent donc la gestion comptable et financière des crédits et allouent le financement aux projets locaux concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.

Le tableau ci-dessous présente la dotation et les dépenses du FIQCS depuis 2008. :

---

<sup>1</sup> Il délibère sur proposition du CNG, sur les orientations stratégiques, la part du fonds affecté au financement d'expérimentations et la dotation nationale et régionale. Il élabore le rapport d'activité annuel.

En M€	2008		2009	
	Ressources	Dépenses	Ressources	Dépenses <sup>p</sup>
<b>Dotation</b>	231		240	
<b>consommation nationale enveloppe</b>		17,1		15,6
<b>consommation régionale enveloppe</b>		193,7		201
<b>Fonds de roulement</b>	124		144	
<b>Total</b>	355	210,8	384	216,6
<b>Plafond de dépenses</b>		355		340
<b>Excédent avant gel</b>	144,2		167,4	
<b>Excédent après gel</b>	74,2		117,4	

<sup>p</sup> : prévisionnel en fonction des dernières estimations

À ce jour, la consommation régionale de la dotation 2009 du FIQCS n'est pas encore connue. Le taux de consommation estimé en cours d'année avoisinerait 83 % de l'enveloppe régionale contre 82 % en 2008, les enveloppes gérées par les MRS présentant des perspectives de consommation à plus de 90 %. Concernant l'enveloppe nationale (77,5 M€), la prévision de consommation de la dotation nationale serait estimée à 28,7 M€, soit un taux de consommation prévisionnel de 37 %. Le bilan du FIQCS pour 2009 laisserait donc un excédent de 117,4 M€

Le CNG du FIQCS a opéré une gestion prudente des crédits, qui ménage de fait une réserve de 70 M€ environ, composée de 50 M€ au niveau de la dotation nationale et de 20 M€ au niveau des dotations régionales.

Lors de la Commission de comptes de la sécurité sociale de juin 2009, les ministres ont insisté sur l'impératif de respecter l'ONDAM voté et ont annoncé une modification de la dotation du fonds.

Une réduction de la dotation FIQCS est donc proposée à hauteur de 50 M€, sans que cela porte préjudice aux projets et aux initiatives proposées à son financement.

La mesure ne vient en rien contraindre les projets financés par le FIQCS, qu'ils soient régionaux ou nationaux. Il s'agit bien d'un ajustement de la dotation à une sous-consommation des crédits. Cet ajustement n'aura donc aucun impact sur les projets d'offre de soins. Le FIQCS dispose d'un fonds de roulement de 117,4M€ qui assure la neutralité de cette mesure sur son équilibre financier.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant qui relève de la compétence des Etats membres.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de modifier le montant annuel de la dotation du Fonds, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FIQCS intervient dans les quatre départements d'outre-mer à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier



<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régime obligatoires de base de l'assurance maladie		+50			

## **2. Impacts économiques.**

Non

## **3. Impacts sociaux**

Non

## **4. Impacts environnementaux**

Non

## **5. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés

Sans objet

b) Impact sur la charge administrative

Aucun impact, la mesure est gérée avec les moyens existants.

c) Impact budgétaire :

Aucun impact

d) Impact sur l'emploi :

Aucun impact

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure est d'application directe. La répartition entre les régimes d'assurance maladie fait l'objet d'un arrêté rétroactif pris en année n+1 pour l'année n.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Les dotations du FIQCS sont gérées en régions par les missions régionales de santé et des nouvelles Agences régionales de santé (ARS) à partir de 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

Si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le financement des nouveaux projets et le renouvellement de financement dans le cadre du FIQCS sont très encadrés et s'effectuent sur la base d'un cahier des charges et des résultats d'audit et d'évaluation. Les réseaux de santé sont ainsi évalués tous les trois ans conformément au décret du 2 décembre 2002 et la politique nationale d'évaluation mise en œuvre par la circulaire du 2 mars 2007.

Par ailleurs, le CNG du FIQCS du 4 juillet 2008 a renforcé la politique d'évaluation des réseaux de santé autour de 5 grands axes : coordination des soins, qualité et sécurité des soins, couverture de la population cible dans le territoire de santé, efficience médico-économique, satisfaction des patients. Les indicateurs ont été définis par un groupe d'experts composé des URCAM, des ARH, des DRSM de la CCMSA et des réseaux de santé. Ils visent, en complément de l'évaluation interne, à apprécier l'atteinte des objectifs des réseaux de santé fixés par la convention de financement. Les résultats de cette évaluation sont rapportés dans le rapport d'activité du FIQCS.

2EME PARTIE : MODIFICATION DE LA DOTATION 2009 DE L'ÉTABLISSEMENT DE REPONSE  
AUX URGENCES SANITAIRES (EPRUS)

## I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Compte tenu de l'apparition du nouveau virus de grippe A/H1N1 et des mesures gouvernementales qui en ont découlé, la programmation 2009 de l'EPRUS a été intégralement revue afin de tenir compte des coûts d'acquisition des produits de santé et des dépenses entraînées par la mise en place de la campagne vaccinale destinés à protéger la population.

En conséquence de cette nouvelle programmation, et afin de respecter l'obligation de financement à parité État – Assurance maladie, les dotations initiales de l'établissement doivent être modifiées.

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

Au vu de l'urgence de la situation, une avance versée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), suite à une lettre des ministres de la santé et des sports et du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat du 7 juillet dernier, a permis à l'établissement d'engager les acquisitions des vaccins et des consommables et de couvrir les coûts de gestion de ces stocks.

Cependant, l'Établissement ne disposant pas des ressources autres que les dotations de l'État et de l'Assurance maladie et ses reports de crédit des années antérieures étant insuffisants pour couvrir le nouveau besoin, un ajustement des dotations de l'État et de l'Assurance maladie est devenu impératif.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA et de la caisse nationale du RSI ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

- a) Possibilité de codification

Non, s'agissant de la modification d'une dotation fixée annuellement.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

L'EPRUS couvre outre la métropole, les quatre DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)		Economie ou recette supplémentaire (signe +)		
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Régimes obligatoires de l'assurance maladie	- 370,8				

La programmation de l'EPRUS pour les produits de santé s'élève en 2009 à 1 162 010 191 euros.

Compte tenu du financement à parité des produits de santé de l'EPRUS entre l'État et l'Assurance maladie la part de l'Assurance maladie est en 2009 de 581 005 196 euros.

Ce besoin étant en partie couvert par les reports des années précédentes à hauteur de 167 353 013 euros et par la dotation initiale de l'Assurance maladie à hauteur de 44 000 000 euros une ressource complémentaire de 370 800 000 euros est nécessaire.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux :

Aucun.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Aucun.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Aucun.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Aucun impact sur la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun.

e) impact budgétaire :

Aucun.

f) impact sur l'emploi :

Aucun.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Aucun.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Aucun.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Aucune.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Sans objet

# **ARTICLE 10**

## **CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE DES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES AU FINANCEMENT DE LA MOBILISATION NATIONALE CONTRE LA PANDEMIE GRIPPALE**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

En raison du risque de pandémie grippale liée au nouveau virus A(H1N1), le gouvernement a décidé d'acheter 94 millions de doses de vaccins afin de protéger la population, et organise une campagne de vaccination de masse. Le coût de l'ensemble de ce dispositif de prévention (achat des vaccins, logistique et stockage, campagne d'information grand public, gestion des convocations, rémunération des professionnels de santé, suivi des personnes vaccinées, etc) est estimé à 1,5 Md€.

Compte tenu des délais contraints et de l'ampleur de l'opération, un dispositif ad hoc a été mis en place pour organiser cette vaccination de masse, sans avoir recours au circuit classique d'inscription au remboursement des vaccins, de délivrance par les officines, d'injection par le médecin traitant et de facturation à l'assurance maladie des vaccins et des consultations. Ainsi, la participation habituelle des complémentaires via le ticket modérateur sur les produits et les actes n'est pas possible.

Compte tenu du caractère exceptionnel de la situation de pandémie grippale, les membres de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ont décidé d'apporter leur concours à l'effort de solidarité nationale.

Aussi, afin d'assurer leur participation non pérenne au financement des dépenses présentées ci-dessus à côté de l'assurance maladie obligatoire et de l'Etat, il est proposé d'instaurer une contribution exceptionnelle pour l'année 2010, ce qui, conformément à l'article 34 de la Constitution, requiert l'intervention du législateur.

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

La mesure retenue instaure une contribution exceptionnelle, au taux de 0,94%, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie assise et recouvrée dans les mêmes conditions que la contribution sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires.

Le choix d'une contribution, reflétant l'engagement des complémentaires, s'est imposé par l'impossibilité de mettre en place un dispositif alternatif en l'absence notamment de facturation des actes et vaccins.

L'assurance maladie est en effet un financeur essentiel de la campagne de vaccination : contribution à l'EPRUS, organisation et gestion de toutes les convocations, suivi de la campagne de vaccination, et le financement de l'indemnisation des personnels, notamment libéraux, qui vaccineront.

### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de l'UNOCAM et le conseil de la CNAMTS ont rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

La mesure est exceptionnelle et n'a donc pas vocation à être codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure s'applique aux contrats souscrits par les personnes résidant dans les quatre départements d'outre-mer, ainsi que dans les collectivités de Saint Martin et Saint Barthélemy.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
Régimes de l'assurance maladie		Environ +300 M€			

Selon les estimations du Fonds CMUc, le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires devrait s'élever à 32,2 Md€ en 2010. Une contribution de 0,94 % sur cette assiette rapporterait donc environ 300 M€.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en sera affectataire à hauteur de 85 %.

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impacts économiques

Cette contribution représente une charge supplémentaire pour les organismes complémentaires, mais uniquement pour l'année 2010.

Son impact doit être apprécié au regard des dépenses de soins que les OC n'auront pas à supporter directement grâce au dispositif de prévention de la pandémie et à celles qu'elles auraient supporté en cas de vaccination dans un cadre classique de remboursement.

b) Impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Aucun.

c) Impacts sur l'environnement

Non

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Le recouvrement sera assuré par les URSSAF sur une base trimestrielle, dans les mêmes conditions que pour l'actuelle « taxe OC » affectée au Fonds CMUc.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Cf. réponse précédente.

d) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non, la mesure sera gérée avec les moyens existants.

#### V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

##### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application n'est requis.

**2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

**3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Non

**4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

**5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

# **ARTICLE 11**

## **MODIFICATION DU TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE ; SECURISATION DU RECouvreMENT DES REMISES DUES PAR LES FABRICANTS ET DISTRIBUTEURS DE DISPOSITIFS MEDICAUX**

### 1ERE PARTIE : MODIFICATION DU TAUX K DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), représentant leur participation à la régulation des dépenses de l'assurance maladie.

L'assiette consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville de l'ensemble des entreprises du secteur qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Les médicaments orphelins sont exonérés.

La contribution concerne le chiffre d'affaire des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers. La LFSS pour 2009 a prévu qu'à compter de 2010, le périmètre de la régulation hospitalière serait étendu à tous les produits utilisés à l'hôpital (hors GHS), impliquant ainsi une extension aux médicaments de la liste en sus.

Le taux K était fixé à 1 % pour la période 2005 à 2007 et 1,4 % pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011.

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

La mesure consiste à fixer *exceptionnellement* le taux K à 1 % pour l'année 2010, pour un rendement attendu de 50 M€, lesquels viendront en déduction des dépenses remboursées de médicaments et non plus en recettes pour l'assurance maladie.

En 2009, le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques en ville devrait augmenter de près de 2 % alors que les dernières prévisions tablent sur une diminution du PIB de -2,25 % en volume. Pour 2010, le PIB ne devrait progresser que d'environ +0,75 % en volume alors que le chiffre d'affaires hors taxe de l'industrie pharmaceutique pourrait de nouveau croître de près de 2 % soit plus vite que le PIB. Ainsi, les laboratoires pharmaceutiques bénéficient d'un environnement favorable grâce au financement public de l'assurance maladie, et donc la solvabilisation de la demande.

Par ailleurs, les prévisions actuelles pour l'année 2010 ne font pas état de l'arrivée sur le marché de potentiels « blockbusters », médicaments innovants avec un chiffre d'affaire élevé, contrairement aux années précédentes.

Dans ce contexte, il apparaît envisageable d'abaisser le taux K, évolution au-delà de laquelle les laboratoires pharmaceutiques versent des remises. La mesure consiste donc à fixer, exceptionnellement ce taux K à 1 % pour l'année 2010 en dérogeant au II de l'article 15 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n°2008-1330 du 17 décembre 2008).

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI, de l'UNCAM et de l'ACOSS, ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

#### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.
- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire et avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

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

- a) La mesure est codifiée à l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale.



b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non.

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne le sera pas à Mayotte à Saint-Pierre et Miquelon et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
Régimes d'assurance maladie		50 M€			

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

Compte tenu que la presque totalité des laboratoires a conclu une convention avec le CEPS, la clause de sauvegarde demeure une contribution théorique, les entreprises versant en contrepartie des remises conventionnelles calculées selon le taux K qui est le taux de progression de l'ONDAM pour un rendement équivalent à :

- 50 % du CAHT hors médicaments orphelins pour un taux d'accroissement compris entre le taux K et K+0,5 point ;
- 60 % pour taux compris entre K+0,5 point et K+1 point ;
- 70 % pour un taux compris entre K+1 point et plus.

En fait, il s'agit de calculer l'écart entre un rendement procuré par taux k à 1 % et celui procuré par un taux k à 1,4 %, le résultat est donc de 50 M€, dans l'hypothèse où le taux de croissance des médicaments est légèrement supérieur à 1,4 % pour 2010.

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Cette mesure manifeste le souci de responsabiliser l'industrie pharmaceutique dans un contexte d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie.

b) impacts sociaux :

Sans impact

c) impacts sur l'environnement

Sans impact

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

Pas d'impact

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Pas d'impact

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les URSSAF de Paris-Région parisienne et de Lyon sous la supervision de l'ACOSS.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai provisionnel de leur publication :**

Aucun texte d'application n'est à prévoir

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants :**

Le versement provisionnel intervient le 30 juin suivant de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due. Ce versement provisionnel sera assis sur les sommes versées le 1er décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants :**

Une note explicative sera adressée aux entreprises pharmaceutiques.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

## Annexe

Le présent article 11 (I) n'est pas codifié.

<u>Texte actuel</u>	<u>Texte modifié</u>
<p><u>L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 précisé :</u></p> <p>« II. — Pour le calcul des contributions dues au titre des années 2009, 2010 et 2011 en application de l'<a href="#">article L. 138-10 du code de la sécurité sociale</a>, le taux de 1,4 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article. »</p>	<p><u>L'article 11- I du PLFSS pour 2010 précise :</u></p> <p>I. - Par dérogation au II de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n° 2008-1330 du 17 décembre 2008), le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2010.</p>

*Pour mémoire, le texte de l'article L138-10 du code de la sécurité sociale :*

I. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(\*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application de l'article L. 162-16-4, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18 et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

II. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0, 5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(\*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

III. - Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article.

## 2<sup>NDE</sup> PARTIE : SECURISATION DU RECOUVREMENT DES REMISES DUES PAR LES FABRIQUANTS ET DISTRIBUTEURS DE DISPOSITIFS MEDICAUX

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Les remises des fabricants de dispositifs médicaux visées à l'article L 165-4 du code de la sécurité sociale sont actuellement encaissées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) sans base juridique explicite. En effet, cet article dispose que le montant des remises est versé à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon une clé de répartition prévue par décret, sans fixer à proprement parler de règle en matière de recouvrement.

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale a par ailleurs organisé le transfert aux URSSAF (l'URSSAF de Paris-Région parisienne et celle de Lyon ayant été désignées pour ce faire par le directeur de l'ACOSS) l'encaissement de certaines pénalités et remises jusqu'alors encaissées par l'Agence centrale.

Les remises relatives aux dispositifs médicaux ont vocation à être recouvrées par les URSSAF, comme cela se fait pour les taxes pharmaceutiques et les autres contributions établies par le comité économique des produits de santé (CEPS).

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

Il est donc proposé de compléter le texte actuel des articles L. 161-5 et L.162-37 du code de la sécurité sociale afin de donner compétence aux URSSAF de Paris-Région parisienne et de Lyon pour recouvrer pour le futur cette remise et que le montant de ces remises soit versé à la CNAMTS.

Cette mesure permet donc de poursuivre la démarche de transfert du recouvrement de ce type de contributions en totalité aux URSSAF, ce qui simplifiera la vie des entreprises de ce secteur.

### II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Le conseil d'administration de l'ACOSS et le conseil de la CNAMTS ont rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.
- La mesure est compatible avec le droit communautaire et avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

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

- La mesure sera codifiée à l'article L.165-4 du code de la sécurité sociale.
- Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne le sera pas à Mayotte à Saint-Pierre et Miquelon et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010*	2011	2012	2013
Principaux régimes de l'assurance maladie		Neutre			

En 2009, le CEPS, a perdu un contentieux devant le CE mais a demandé au fabricant de verser les remises dues à la CNAMTS et non plus à l'ACOSS, à charge pour la CNAMTS de reverser la partie

correspondante aux autres régimes, RSI et MSA. Il n'est donc résulté aucune perte de recettes de la situation juridique actuelle.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques :

Cette mesure concerne toutes les entreprises de fabrication et de distribution de dispositifs médicaux afin de sécuriser le recouvrement des remises évaluées par le CEPS dans le cadre de leur conventionnement.

b) Impacts sociaux :

Non

c) impacts sur l'environnement :

Non

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Non

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Non mais simplifie la vie des entreprises du secteur concerné.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Les remises seront recouvrées par les URSSAF de Paris-Région parisienne et de Lyon qui reverseront les produits à l'ACOSS. Cette dernière restituera le montant des remises à la CNAMTS, qui le répartira selon la clé de répartition aux divers régimes de sécurité sociale concernés.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure sera gérée avec les moyens existants. Elle donnera lieu à une petite adaptation du système d'information de l'ACOSS.

e) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication :**

Aucun texte réglementaire d'application n'est à prévoir

### **2. Existence de mesures transitoires :**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Elle sera mise en œuvre en 2010 et interviendra sur les remises des entreprises concernées à verser à compter de 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les entreprises concernées seront informées par l'ACOSS.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Le suivi est effectué par les URSSAF concernées et par l'ACOSS dans le cadre des contrats locaux déclinant la convention d'objectifs et de gestion liant l'Agence centrale à l'Etat.

## Annexe

### Version consolidée de l'article 165-4 du code de la sécurité sociale

Texte actuel	Texte modifié
<p><b>Article L.165-4 du CSS</b></p> <p>Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article L. 162-37.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p><b>Article L.165-4 du CSS</b></p> <p>Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.</p> <p>Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>
<p><b><u>Article L.162-37</u></b></p> <p>Le montant des remises prévues aux articles L. 162-14, L. 162-16 et L. 162-18 est versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret.</p>	<p><b><u>Article L.162-37</u></b></p> <p>Le montant des remises prévues aux articles L. 162-14, L. 162-16, <b>L. 162-18 et L.165-2</b> est versé à l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon des modalités fixées par décret.</p>

## **ARTICLE 12**

# **AUGMENTATION DU RENDEMENT DE LA TAXE PROMOTION SUR LES DISPOSITIFS MEDICAUX AU BENEFICE DE LA CNAMTS ET DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le code de la sécurité sociale (Articles L.245-5-1 et suivants) prévoit une taxe assise sur les dépenses de promotion et d'information des dispositifs médicaux relevant du titre I (Traitements et matériels d'aide à la vie). La LFSS 2005 a modifié le taux de cette contribution qui est passé de 5 à 10 %. La LFSS 2006 a étendu le champ de cette contribution en y incluant les dispositifs médicaux du titre III (Dispositifs médicaux implantables).

On constate une forte croissance des dépenses de dispositifs médicaux : dans le champ de l'ONDAM ville, la liste des produits et prestation représente une dépense de 4,5 Mds € en 2008 en croissance de 12,5 %, après neutralisation de la réintégration dans les forfaits de soins des EHPAD (+10.5 % entre 2006 et 2007). Si une partie de la hausse peut s'expliquer par le vieillissement de la population (la population âgée de plus de 65 ans a crû de 18 % entre 1990 et 2005) et le développement des politiques de maintien à domicile, ces éléments n'expliquent pas la totalité de la hausse. Les domaines spécifiques de l'optique et de l'audioprothèse (Titre II) en particulier donnent lieu à d'importantes campagnes publicitaires et à la multiplication de points de vente. Les remboursements de dispositifs médicaux du titre II ont augmenté de 18 % entre 2007 et 2008. Ce champ de la dépense est aujourd'hui peu régulé.

Par ailleurs les médicaments sont également soumis à une taxe sur la promotion, avec un taux bien plus élevé (le taux moyen en 2008 a été de 20 % des dépenses de promotion).

Enfin, la Haute autorité de santé (HAS) produit des recommandations portant sur les dispositifs médicaux mais ne bénéficie pas du rendement de la taxe sur la promotion des dispositifs médicaux, contrairement à celle portant sur la promotion des médicaments. La HAS a repris les ressources auparavant dévolues au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) en matière d'information des professionnels de santé et des assurés et c'est à ce titre qu'une part du rendement de la taxe promotion du médicament est reversée à la HAS. Mais, contrairement au FOPIM, la HAS produit également des recommandations sur les dispositifs médicaux. Il semble donc tout à fait légitime qu'elle bénéficie également d'une part du rendement de la taxe promotion des dispositifs médicaux.

#### **1.1. Présentation de la Haute Autorité de santé et de ses ressources**

La Haute Autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique chargée d'apporter son expertise aux décideurs politiques en matière de santé, dans l'objectif d'amélioration de la qualité du système de santé.

La loi a prévu différentes ressources pour la HAS dont la diversité correspond à la fois au champ de ses missions et aux différentes institutions auxquelles elle rend un service. Ainsi, aux termes de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, les ressources de la HAS sont constituées par :

- *des subventions et dotations publiques* (des subventions de l'Etat, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie)
- *des recettes propres* :
  - le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
  - une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-5-1A (dite taxe promotion médicament) autrefois affectée au FOPIM ;
  - les taxes versées par les laboratoires pharmaceutiques dans le cadre de l'évaluation, par la HAS, du service médical rendu des médicaments et dispositifs médicaux lors de leur demande d'inscription, de renouvellement ou de modification des médicaments et dispositifs médicaux sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ;
- des produits divers, des dons et legs.

#### **1.2. Difficultés budgétaires rencontrées par la HAS**



La recette liée à la fraction de 10 % de la taxe sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques a subi ces dernières années une baisse importante liée pour l'essentiel à la diminution des visites médicales. Ainsi, en 2008, les balances comptables des caisses du régime général pour 2008 montrent une diminution des encaissements de cette taxe de près de 25 % par rapport aux prévisions (135 M€ encaissés contre 176 M€ prévus). Pour la HAS, cela représente une perte de 5,5 M€ en 2007 et 10 M€ en 2008 par rapport aux ressources initialement prévues.

La HAS se retrouve donc dans une situation où elle n'est plus assurée de son financement si la situation actuelle perdure, alors même que, par ailleurs, ses compétences et missions se développent et les attentes des pouvoirs publics et des acteurs de la santé sont de plus en plus fortes vis-à-vis de la HAS.

De nouvelles ressources propres et pérennes sont donc nécessaires pour un montant au moins égal à 8 M€. Les ressources de la HAS étant définies par la loi, une mesure législative est donc nécessaire.

## **2. Présentation de la mesure retenue**

Le secteur des dispositifs médicaux, en particulier certains dispositifs du titre II de la liste des produits et prestations remboursables (notamment l'optique et les audioprothèses), connaît un très fort développement commercial. Cependant, la taxe sur les activités de promotion ne les concerne pas car elle porte actuellement uniquement sur les dispositifs du titre I<sup>er</sup> et du titre III.

Aussi, la mesure proposée consiste à élargir l'assiette de la taxe sur les dispositifs médicaux en y intégrant la promotion pour les dispositifs du titre II de la liste des produits et prestations qui comporte notamment l'optique et les audioprothèses et à augmenter le taux de contribution de 5 points pour le rapprocher du taux de la taxe sur la promotion des médicaments. Les petites et moyennes entreprises ne seront pas concernées puisque les entreprises de moins de 7,5 millions d'euros de chiffre d'affaire sont exonérées.

35 % du rendement de cette taxe sera par ailleurs affectée à la Haute autorité de santé, ce qui représente une recette prévisionnelle de 8,9 millions d'euros pour cet établissement. En effet, la Haute autorité fait actuellement face à la diminution de ses ressources du fait de la diminution du rendement de la taxe sur la promotion des médicaments. Cette affectation est légitime dans la mesure où la Haute autorité formule des recommandations sur les dispositifs médicaux à l'instar de celles sur le médicament.

## **3. Les autres options possibles non retenues**

La mesure retenue permet de concilier régulation de la promotion dans le secteur des dispositifs médicaux et financement de la HAS sans pour autant diminuer les recettes de l'assurance maladie.

Deux autres options sont possibles mais non retenues :

Option 1 : Affectation d'une partie du montant de cette taxe DM à la HAS sans augmentation du rendement de la taxe. Le montant de la taxe à affecter à la HAS est évalué à 8,5 M€. Il représenterait donc un peu plus de 50 % du montant de la taxe (montant de 14 M€ encaissés en 2008). Cette option aurait pour conséquence une diminution des recettes de l'assurance maladie.

Option 2 : Augmentation du rendement de la taxe par augmentation du taux à hauteur de 20 % de l'assiette déterminée après abattement au lieu de 10 % (article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale), soit un doublement de ce taux aboutissant à un rendement total prévisionnel de 28 M€ (au regard du rendement 2008) sans élargissement de l'assiette. Cette option laisserait de côté le secteur du titre II en fort développement commercial et publicitaire.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de l'ACOSS et le conseil de la CNAMTS ont rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit communautaire et avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

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

- a) La mesure sera codifiée aux articles L. 245-5-2 et L. 161-45 du code de la sécurité sociale.
- b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne le sera pas à Mayotte à Saint-Pierre et Miquelon et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Assurance maladie (RG)		+2,6 M€	+2,6 M€	+2,6 M€	+2,6 M€
HAS		+ 8,9 M€	+8,9 M€	+8,9 M€	+8,9 M€

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

Les calculs ont été réalisés sur la base du rendement de la taxe promotion sur les DM soit 14 M€ encaissés en 2008 et du besoin de financement de la HAS estimé entre 8 à 9 M€.

Le rendement de l'augmentation du taux sur l'assiette existante a un rendement bien maîtrisé, celui de l'élargissement de l'assiette l'est moins, au regard du manque d'information sur le secteur. Cependant, si la dépense de promotion est proportionnelle au remboursement du régime général (en considérant que le remboursement par l'assurance maladie sur les titre I et III en 2008 est de 3,263 Md€, celui du titre II est de 0,74Md€.), conduit à une augmentation du rendement de la taxe de 82 % soit de 11,5 M€.

Le rendement attendu de la taxe serait alors de 25,5 M€.

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

L'impact économique global de la taxe sur les entreprises sera de 25,5 M€, dont 11,5 M€ nouveaux au titre de la mesure, et concernera à la fois :

- les 76 entreprises fabriquant actuellement des dispositifs médicaux inscrits au titre I et III.

Comme ces 76 entreprises versent aujourd'hui 14 M€ de contribution au titre de cette taxe (leur CAHT global pour l'année 2007 est évalué à 4,164 Mds € -déclaré par les entreprises en 2008), l'augmentation du taux de 5 % aura un impact de 7 M€ supplémentaires.

- les entreprises assurant la fabrication, l'importation et la distribution des dispositifs médicaux inscrits au titre II de la liste des produits et prestations. Il s'agit des entreprises d'orthèses, d'optique médicale, d'audioprothèses, de prothèses externes non orthopédiques, de prothèses oculaires et faciales, de podo-orthèses et d'orthoprothèses.

Ces entreprises sont concernées à la fois par l'élargissement de l'assiette et par le taux affecté. Toutefois, il convient de souligner que toutes ces entreprises ne seront pas visées et que les PME ne seront pas impactées. En effet, l'article L. 245-5-3 du CSS précise que sont exonérées de la taxe promotion des dispositifs médicaux les entreprises dont le chiffre d'affaire hors taxe (CAHT) au cours du dernier exercice clos en France est inférieur à 7.5 M€. De plus, il existe un abattement forfaitaire de 50 000€ sur cette taxe.

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Non

c) impacts sur l'environnement

Aucun

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

L'un des objectifs de la mesure est de limiter l'augmentation des dépenses publicitaires pour les dispositifs médicaux. L'impact sur les tarifs au public des dispositifs médicaux sera variable : il sera nul pour la totalité de ceux du titre III et pour une part croissante de ceux du titre I, pour lesquels il

existe un prix limite de vente ; il pourrait induire une augmentation de ceux du titre II si les entreprises ne revoyaient pas leurs pratiques commerciales et décidaient de reporter l'impact de la taxe dans les tarifs.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Impact économique sur les entreprises de dispositifs médicaux de 11,5 M€ supplémentaires.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure sera recouvrée par la branche recouvrement du régime général. L'ACOSS devra reverser la part du rendement de la contribution revenant à la HAS. Une convention sera passée à cet effet entre l'ACOSS et la HAS, à l'instar de celle existant pour le reversement de la part du rendement de la contribution portant sur les dépenses de promotion des médicaments revenant à la HAS.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure sera gérée avec les moyens existants. Elle donnera lieu à une petite adaptation du système d'information de l'ACOSS.

e) impact budgétaire :

Non significatif.

f) impact sur l'emploi :

Non

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Aucun texte d'application n'est à prévoir

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Aucune mesure transitoire n'est à prévoir

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Elle sera mise en œuvre en 2010 : la contribution est versée pour moitié au plus tard le 1er juin et, pour le solde, au plus tard le 1er décembre de chaque année.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Les entreprises concernées seront informées par l'ACOSS du contenu de la réforme.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

L'efficacité de la mesure sera appréciée au travers du suivi budgétaire de la HAS, de l'absence de trésorerie négative en cours d'année, et d'une capacité de financement suffisante pour fonctionner.

## Annexe

Version consolidée des articles L.245-5-1, L.245-5-2 et L.161-45 du code de la sécurité sociale

<p><b>article L. 245-5-1</b></p> <p>Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.</p> <p><b>Article L245-5-2</b></p> <p>La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p> <p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations aux titres Ier et III sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;</p> <p>2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.</p> <p>Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat,</p>	<p><b>article L. 245-5-1</b></p> <p>Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et de la Haute Autorité de santé une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits <u>aux titres Ier à III</u> de la liste prévue à l'article L. 165-1.</p> <p><b>Article L245-5-2</b></p> <p>La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :</p> <p>1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations <u>aux titres Ier à III</u> sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;</p> <p>2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;</p> <p>3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.</p> <p>Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat,</p>
---	--

lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Le taux de la contribution est fixé à 10 %.

**Article L.161-45**

La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l'Etat ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;

3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux [articles L. 245-1](#) à L. 245-5-1 A ;

5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

6° Des produits divers, des dons et legs.

lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

**Article L.161-45**

La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l'Etat ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;

3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux [articles L. 245-1](#) à L. 245-5-1 A ;

4°bis Une fraction de 35 % du produit de la contribution prévue aux [articles L. 245-5-1](#) à [L. 245-5-6](#) ;

5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

6° Des produits divers, des dons et legs.

Les dispositions mentionnées aux articles L. 245-5-1 et L.245-5-2 s'appliquent pour la détermination de la contribution due en 2010.

# **ARTICLE 13**

## **MODIFICATION DE LA CLE DE REPARTITION DES DROITS DE CONSOMMATION SUR LES TABACS ET FINANCEMENT DU REGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La crise actuelle entraîne, parallèlement au recul de la masse salariale, une baisse des allègements généraux, estimée pour 2010 à -2 % par rapport à 2009. Les recettes fiscales affectées aux régimes en compensation des pertes de recettes subies au titre de ces exonérations sont, pour leur part, moins dépendantes de l'évolution du contexte économique. Le « panier » de recettes fiscales est en effet composé pour une large part de taxes dites « comportementales », telles que les droits de consommation sur les tabacs.

En raison de cet « effet ciseau », la compensation des allègements généraux devrait être largement excédentaire en 2010.

Afin d'assurer une répartition pertinente de la ressource, le Gouvernement souhaite mobiliser cet excédent pour le réallouer au sein de la sphère sociale, en fonction des besoins. Pour ce faire, il propose de modifier la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs, ce qui nécessite l'intervention de la loi.

Ceci permettra notamment de financer une mesure en faveur des veuves des pensionnés exploitants agricoles. Ces dernières constituent la population la plus fragile des ressortissants du régime des exploitants agricoles. Elles ont souvent travaillé sur l'exploitation mais sans pour autant se constituer de droits propres en contrepartie de cotisations. Elles sont donc dépendantes de la pension de réversion versée après le décès de leur conjoint.

Or actuellement, une pension de réversion de RCO est attribuée sur les points cotisés et gratuits au conjoint survivant d'un exploitant seulement si ce dernier a pris sa retraite après le 1<sup>er</sup> janvier 2003<sup>2</sup>.

En cas de décès d'un chef d'exploitation retraité avant 2003 et ainsi bénéficiaire de la RCO à titre gratuit, le conjoint survivant ne bénéficie donc pas de la pension de réversion du régime. Pour le conjoint survivant, généralement l'épouse, cette situation entraîne une diminution du revenu alors même que la pension personnelle des agricultrices est, en règle générale, modeste du fait des faibles cotisations versées.

L'ouverture du droit à réversion pour ces catégories constitue donc un instrument de résorption des situations de grande fragilité financière au sein des pensionnés du régime agricole, situations qui frappent majoritairement les conjoints survivants des pensionnés. Pour cette raison, elle a été intégrée aux mesures de revalorisation des petites retraites agricoles avec une date d'effet au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Cette mesure nécessite une modification de la partie législative du Code rural.

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

En son III, la mesure procède à l'ouverture du droit à réversion des points de retraite complémentaire obligatoire (RCO) attribués à titre gratuit aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la retraite a pris effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Elle clarifie par ailleurs le mode de financement du RCO, en faisant clairement référence à une fraction de droits de consommation sur les tabacs.

Elle s'inscrit dans le dispositif de revalorisation des petites pensions agricoles déployé en trois phases de 2009 à 2011. Les phases 2009 et 2011 concernent le régime de base et mettent en place un minimum garanti pour les pensions. La phase 2010 traite quant à elle le problème particulier de la réversion des pensions complémentaires obtenues à titre gratuit.

---

<sup>2</sup> S'il décède avant d'avoir liquidé sa retraite, la réversion porte seulement sur les points cotisés.

En son I, la mesure procède à la modification de la clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs. Un total de 167 M€, soit 1,67 point, est retiré du panier compensant les allègements généraux, et affecté de la façon suivante :

- Une fraction supplémentaire de 0,37 point, soit 37 M€, est affectée au régime RCO afin de permettre le financement de la mesure présentée au III
- Le panier de recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires devient affectataire de 1,30 %, soit 130 M€. Même si la dynamique de ces exonérations s'est également infléchie sous l'effet de la crise, les recettes affectées à leur compensation (en particulier la contribution sociale sur les bénéfiques) ont davantage pâti que celles du panier « allègements généraux » : la compensation de ce dispositif serait ainsi fortement déséquilibrée. Certes, l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 prévoit un mécanisme de compensation automatique d'une éventuelle insuffisance par un produit à recevoir sur la contribution sociale sur les bénéfiques, mais le Gouvernement souhaite limiter l'utilisation de ce mécanisme à un ajustement à la marge du panier, ce qui ne serait pas le cas en l'état actuel des prévisions.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de l'ACOSS, de la CNAMTS, de la CNAF, de la CNAVTS et de la CCMSA ont rendu, le 6 ou le 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

Oui, s'agissant de la disposition concernant le régime des salariés agricoles (code rural) cf. annexe.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Sans objet, s'agissant de la mesure concernant la clef de répartition de la recette tabac.

La mesure touchant le RCO sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
Panier de compensation des allègements généraux		-167	-167	-167	-167

Régime des salariés agricoles		+2	+2	+2	+2
Régime des exploitants agricoles - RCO		0	0	0	0

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

La mesure sur les reversions représente un coût de 40M€, neutralisé pour 37 M€ par l'affectation de droits tabacs, et pour 3 M€ par une augmentation des cotisations (mesure réglementaire<sup>3</sup>).

L'estimation a été réalisée par simulation, à partir des pyramides de retraités hommes et femmes bénéficiaires du régime de RCO des exploitants agricoles dès sa création en 2003 (source : caisse centrale de la mutualité sociale agricole).

Avec les quotients de mortalité de ces retraités et les taux de retraités sans conjoint (données réelles constatées sur la période 2003/2008), le modèle utilisé calcule des flux annuels de veufs depuis la création du régime et jusqu'en 2040. Le cumul de ces flux, diminué de la mortalité théorique des veufs (données INSEE), permet alors d'estimer les populations annuelles de bénéficiaires d'un droit dérivé. La valorisation financière de ces mouvements entre 2010 et 2013, est fondée sur le capital moyen de points des retraités décédés depuis 2003 (3510 points), sur un taux de réversion de 54 % et sur une valeur du point RCO proposée en 2009 (0,3159 €).

Pour les 70 000 personnes concernées, l'amélioration correspond à une amélioration moyenne de la pension annuelle de 570 € environ.

La mesure entraîne en outre une économie pour la branche vieillesse du régime des salariés agricoles, estimée à environ 2 M€, car la pension de réversion du RCO entre dans le plafond de ressources de 757,50 € pris en considération pour l'octroi de la majoration de pension de retraite de base ou de pension de réversion de base introduite par l'article 77 de la loi de financement pour 2009.

Le calibrage de la nouvelle clé de répartition des droits de consommation sur les tabacs s'appuie sur les prévisions réalisées par les services fiscaux.

L'affectation de recettes nouvelles au panier de compensation des exonérations sur les heures supplémentaires n'a pas d'impact en droits constatés, conformément au schéma comptable adopté en loi de finances pour 2009. En réduisant l'insuffisance de financement, la mesure viendra réduire le produit inscrit au titre de la compensation intégrale du dispositif.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

### a) impacts économiques

Non. Le I correspond à une mesure de réallocation de ressources au sein des administrations sociales. Le II a un impact social.

### b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Le I n'a pas d'impact social. Le III permettra de réduire les situations de grande fragilité financière chez les veuves des exploitants agricoles. Le gain moyen est estimé à 570 € par an pour les 70 000 personnes concernées.

### c) impacts sur l'environnement

Non.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

### a) impact sur les personnes physiques

La mesure sur les pensions de réversion n'impose aucune nouvelle obligation aux personnes physiques.

### b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

### c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non. La mesure sera gérée avec les moyens existants

<sup>3</sup> Le taux de cotisation passera de 2,97 % à 3 %.



d) impact budgétaire :

Non.

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..)

Non, la mesure sera gérée avec les moyens existants.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure ne nécessite aucun texte d'application

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera appliquée dès l'exercice 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

## Annexe

### Version consolidé des articles du code rural modifiés

<p><b>Article L732-58 (actuel)</b></p> <p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- par le produit des cotisations dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise au titre de ce régime ;</li><li>- par une participation financière de l'Etat, dont les modalités sont fixées en loi de finances. Cette participation ne couvre pas les dépenses afférentes à l'article L. 732-62, qui sont financées par le produit des seules cotisations visées à l'alinéa précédent.</li></ul> <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;</li><li>- les frais de gestion.</li></ul> <p>Le taux de la cotisation et la valeur de service du point de retraite, fixés par les décrets cités aux articles L. 732-59 et L. 732-60, sont déterminés dans le respect de l'équilibre entre les ressources et les charges du régime.</p> <p><b>L. 732-62 (actuel)</b></p> <p>En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite a été liquidée après le 1er janvier 2003, son conjoint survivant a droit au plus tôt au 1er avril 2003 à une pension de réversion du régime complémentaire s'il est âgé d'au moins cinquante-cinq ans et si le mariage a duré au moins deux ans. Toutefois, lorsqu'au moins un enfant est issu du mariage, aucune condition de durée du mariage n'est exigée.</p> <p>Cette pension de réversion est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré ou aurait, au 1er avril 2003, bénéficié l'assuré décédé entre le 1er janvier 2003 et le 31 mars 2003.</p> <p>En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite de base n'a pas été liquidée au jour de son décès, son conjoint survivant a droit au plus tôt au 1er avril 2003 à une pension de réversion du régime complémentaire au titre des points cotisés s'il remplit les conditions personnelles prévues au premier alinéa. Toutefois, cette</p>	<p><b>Article L732-58 (modifié)</b></p> <p>Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- par le produit des cotisations dues par les chefs d'exploitation ou d'entreprise au titre de ce régime ;</li><li>- <b>par une fraction des droits de consommation sur les tabacs mentionnés à l'article 575 du code général des impôts.</b></li></ul> <p>Les ressources du régime couvrent les charges de celui-ci telles qu'énumérées ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les prestations prévues à l'article L. 732-60 ;</li><li>- les frais de gestion.</li></ul> <p>Le taux de la cotisation et la valeur de service du point de retraite, fixés par les décrets cités aux articles L. 732-59 et L. 732-60, sont déterminés dans le respect de l'équilibre entre les ressources et les charges du régime.</p> <p><b>L. 732-62 (modifié)</b></p> <p>En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite a été liquidée après le 1er janvier 2003, son conjoint survivant a droit au plus tôt au 1er avril 2003 à une pension de réversion du régime complémentaire s'il est âgé d'au moins cinquante-cinq ans et si le mariage a duré au moins deux ans. Toutefois, lorsqu'au moins un enfant est issu du mariage, aucune condition de durée du mariage n'est exigée.</p> <p>Cette pension de réversion est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré ou aurait, au 1er avril 2003, bénéficié l'assuré décédé entre le 1er janvier 2003 et le 31 mars 2003.</p> <p><b>En cas de décès, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite de base a été liquidée au plus tard le 1er janvier 2003, son conjoint survivant a droit, au plus tôt au 1er janvier 2010, à une pension de réversion du régime complémentaire s'il remplit les conditions personnelles prévues au premier</b></p>
---	---

pension de réversion est versée sans condition d'âge si le conjoint survivant est invalide au moment du décès ou ultérieurement, ou s'il a au moins deux enfants à charge au moment du décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

La pension de réversion prévue à l'alinéa précédent est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont aurait bénéficié l'assuré décédé au regard des points acquis par cotisation au jour de son décès.

**alinéa. Cette pension de réversion est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré.**

En cas de décès d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite de base n'a pas été liquidée au jour de son décès, son conjoint survivant a droit au plus tôt au 1er avril 2003 à une pension de réversion du régime complémentaire au titre des points cotisés s'il remplit les conditions personnelles prévues au premier alinéa. Toutefois, cette pension de réversion est versée sans condition d'âge si le conjoint survivant est invalide au moment du décès ou ultérieurement, ou s'il a au moins deux enfants à charge au moment du décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

La pension de réversion prévue à l'alinéa précédent est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont aurait bénéficié l'assuré décédé au regard des points acquis par cotisation au jour de son décès.

# ARTICLE 14

## RENFORCEMENT DES PRELEVEMENTS PORTANT SUR LES RETRAITES « CHAPEAU »

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Les régimes de retraite relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (dits « chapeau ») ont pour caractéristique essentielle que les droits à pension sont conditionnés à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a clarifié leur régime social et fiscal en confirmant que les contributions des employeurs au financement de ces régimes étaient exonérées, sans plafond, de CSG et de cotisations sociales. En contrepartie, cette loi a instauré une contribution à la charge de l'employeur et affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le taux est compris entre 6 et 12 % en fonction du choix de l'employeur sur le mode de prélèvement (à l'entrée ou à la sortie).

La comparaison avec le régime applicable aux contributions des employeurs aux autres régimes de retraite supplémentaire (exonération de cotisations sociales plafonnée, assujettissement à CSG, CRDS et au « forfait social ») fait toutefois apparaître un écart en faveur des régimes de l'article L. 137-11. Il apparaît donc nécessaire de corriger cet écart en vue d'avantager la constitution de droits à retraite supplémentaire selon le droit commun.

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

Il est proposé de doubler le taux de la contribution créée en 2003, soit sur les rentes servies (passage de 8 % à 16 %), soit sur les primes versées à un organisme assureur (passage de 6 à 12 %), soit sur les dotations aux provisions constituées en cas de gestion en interne (passage de 12 % à 24 %).

Ce doublement sera applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, à tous les dispositifs relevant de l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale.

### II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Le conseil d'administration de l'ACOSS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

La hausse du prélèvement sera codifiée à l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale (voir annexe).

- b) Abrogation de dispositions obsolètes : non

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin et à Saint-Pierre et Miquelon. Elle ne concerne pas Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
FSV		+25M €	+25M €	+25M €	+25M €

Sources : données ACOSS sur la contribution prévue au L 137-11 du code de la sécurité sociale recouvrée au titre de l'année 2008 sur les systèmes de retraite chapeau :

841 entreprises ont acquitté ces contributions en 2008, pour un rendement de 26 M€, qui se décompose ainsi :

- 23,9 M€ (547 entreprises) au titre de la contribution prélevée sur les versements, comptabilisations ou mentions de l'employeur, au taux de 6 % (ce taux étant porté en 2009 à 12 % pour les systèmes gérés en interne à l'entreprise).

- 2,1 M€ (294 entreprises) au titre de la contribution de 8 % prélevée sur les rentes servies.

### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques :

Le rééquilibrage de l'assujettissement sur les systèmes chapeau améliore la contributivité de ceux-ci au financement solidaire de la protection sociale.

b) impacts sociaux :

La mesure renforce l'équité entre les dispositions sociales et fiscales applicables aux régimes supplémentaires de retraite.

c) impacts sur l'environnement : non

### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

L'augmentation des prélèvements à la charge des employeurs incitera ceux-ci à réorienter leur participation à la constitution de droits à retraite supplémentaire vers les régimes de droit commun (régimes de retraite supplémentaire répondant aux conditions pour bénéficier de l'exonération prévue à l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale).

b) impact sur les employeurs :

L'augmentation du coût pour les employeurs est illustrée par les cas types suivants :

**Exemple 1 :** Pour un salarié rémunéré 600 000 € annuels, l'employeur effectue un versement de 60 000 € à un organisme assureur au titre d'un système chapeau, le montant dû en 2009 sur ce versement est de 3 600 €, il sera en 2010 de 7 200 €.

Si le système est géré en interne, le montant aujourd'hui dû en 2009 sur ce versement est de 7 200 €, il sera en 2010 de 14 400 €.

**Exemple 2 :** Sur une rente annuelle de 200 000 €, soit une assiette de 188 564 € (200 000 – (34 308/3)) sur laquelle s'applique en 2009 la contribution de 8 %, soit un montant de 15 085 € qui sera en 2010 de 30 170 €.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale:

La mesure n'a pas d'impact sur les administrations publiques mais sur les organismes de recouvrement (URSSAF) des contributions dues au titre des retraites chapeau.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure sera gérée par les moyens existants.

e) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Il n'y aura pas de texte réglementaire d'application.

### **2. Existence de mesures transitoires : non**

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Les hausses de taux sur les versements des employeurs et sur les rentes s'appliqueront sur les contributions et rentes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information des employeurs sera assurée par le réseau des URSSAF et sur le site de la sécurité sociale : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Cette mesure s'inscrit dans l'objectif n°2 « Veiller à l'équité du prélèvement social » du PQE financement. Elle est susceptible d'avoir un impact sur les indicateurs 2-1 « Importance des prélèvements sociaux en fonction des revenus du ménage ».

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

L'ACOSS produire le bilan d'application de cette mesure.

## Annexe

### Version consolidée de l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale modifié

Version actuelle	Version modifiée
<p>I. - Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :</p> <p>1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001 et versées à compter du 1er janvier 2004, pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ; la contribution, dont le taux est fixé à 8 %, est à la charge de l'employeur et précomptée par l'organisme payeur ;</p> <p>2° Soit :</p> <p>a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des régimes visés au présent I ;</p> <p>b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.</p> <p>La contribution due au titre du 2°, dont le taux est fixé à 6 %, est à la charge de l'employeur. Elle s'applique aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2003. Pour les exercices ouverts à compter du 1er janvier 2009, le taux de la contribution est fixé à 12 % lorsqu'elle porte sur les éléments mentionnés au b du 2°.</p> <p>II. - L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.</p> <p>III. - Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à la présente contribution.</p> <p>IV. - Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont</p>	<p>I. - Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué, au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du présent code, une contribution assise, sur option de l'employeur :</p> <p>1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001 <del>et versées à compter du 1er janvier 2004</del>, pour la partie excédant un tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ; la contribution, dont le taux est fixé à <b>16 %</b>, est à la charge de l'employeur et précomptée par l'organisme payeur ;</p> <p>2° Soit :</p> <p>a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des régimes visés au présent I ;</p> <p>b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.</p> <p><b>Les contributions dues au titre des a et b du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12 % et à 24 %, sont à la charge de l'employeur.</b></p> <p>II. - L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.</p> <p>III. - Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à la présente contribution.</p> <p>IV. - Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est</p>

soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.





## **ARTICLE 15 AUGMENTATION DU FORFAIT SOCIAL**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Certaines sommes allouées aux salariés dans le cadre de leur activité professionnelle échappent aujourd'hui aux cotisations de sécurité sociale et ne leur ouvrent pas de droits. Ces dispositifs sont l'une des composantes des exemptions d'assiette, qui sont qualifiées de « niches sociales », lesquelles ont donné lieu à deux récents rapports parlementaires<sup>4</sup>, de la Cour des Comptes<sup>5</sup>, ainsi que du Gouvernement<sup>6</sup>.

Ces différents travaux mettent en évidence :

- la nécessité que le prélèvement social ne se concentre pas uniquement sur les salaires compte tenu de la dynamique du développement des dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés ;
- le fait que le prélèvement social de droit commun n'est adapté à ces formes particulières de rémunération.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a donc instauré un forfait social, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, établi à un taux de 2 %, pour un rendement de 360 M€, affecté à la CNAMTS. Il est assis sur certaines exemptions d'assiette portant sur les revenus d'activité du secteur privé, soumis à la CSG mais qui n'entrent pas dans l'assiette des cotisations. Il s'agit de l'intéressement, la participation, les contributions des employeurs aux régimes de retraite supplémentaire et les abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise et au plan d'épargne pour la retraite collective (PEE et PERCO).

Le taux de ce forfait est très modéré surtout si on le compare aux taux appliqués aux rémunérations salariales ordinaires : 30,4 points de cotisations de sécurité sociale patronales, en moyenne par exemple pour une rémunération comprise entre 1,6 smic (2139€ bruts) et le plafond de la sécurité sociale (2859€ bruts).

La dégradation du solde des organismes de sécurité sociale pour 2009 rend nécessaire la poursuite de cette réforme visant à instaurer une contribution efficace (assiette large, taux faible) permettant au prélèvement social patronal de ne pas se concentrer uniquement sur les salaires, compte tenu de la dynamique propre des dispositifs accessoires de rémunération servis aux salariés.

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

La mesure proposée consiste à augmenter de 2 points le taux du forfait social.

Cette mesure est de nature à renforcer la contributivité des éléments de rémunération actuellement soumis au forfait au financement de la solidarité nationale sans faire craindre par ailleurs un ralentissement du dynamisme des dispositifs d'épargne salariale compte tenu du niveau tout à fait limité de ce prélèvement par rapport aux taux de droit commun.

### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CNAVTS, de la CNAF et de l'ACOSS ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ont rendu, le 6 ou le 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

---

<sup>4</sup> le rapport de juin 2008 sur les exonérations de cotisations sociales, rédigé à l'initiative conjointe de la commission des finances et des affaires sociales et présenté par M. Yves BUR ; le rapport d'information de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé en octobre 2007, en vue de la tenue du débat sur les prélèvements obligatoires.

<sup>5</sup> rapport de septembre 2007 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale

<sup>6</sup> le Gouvernement a remis au Parlement, en novembre 2007, un premier rapport quinquennal présentant un état et une évaluation financière de ces dispositifs

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- a) Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.
- b) Elle est compatible avec le droit communautaire et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH).

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

- a) Possibilité de codification

Le champ du forfait social et son taux sont fixés aux articles L.137-15 et L.137-16 du code de la sécurité sociale (voir annexe).

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant

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

Cette mesure s'applique dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
CNAMTS		+ 380 M€	+ 380 M€	+ 380 M€	+ 380 M€

Ces chiffrages ont été réalisés à partir de l'estimation de l'assiette des éléments concernés contenue dans l'annexe 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ainsi que des premières données de rendement du forfait social en 2009 communiquées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

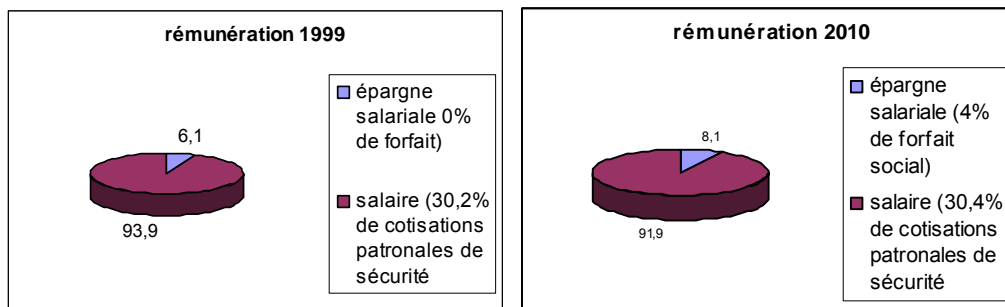
#### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

- a) impacts économiques

L'augmentation du forfait social ne portera pas atteinte au dynamisme des avantages consentis aux salariés : d'une part ce prélèvement est à la charge de l'employeur ; d'autre part, le différentiel avec les taux appliqués aux salaires (30,4 % de cotisations de sécurité sociale patronales de base) reste très important.

Depuis 1999, la part de l'épargne salariale dans la rémunération totale des salariés a augmenté, de 6,1 % à 8,1 %. Ainsi, comme l'épargne salariale supporte moins de prélèvements de sécurité sociale que le salaire, **la part des prélèvements de sécurité sociale de base dans la totalité des rémunérations versées (salarie+ épargne salariale) a diminué entre 1999 et 2009** : elle est passée de 28,4 % à 28,1 % (pour un niveau de salaire compris entre 1,6 smic soit 2140€ bruts, et le plafond de la sécurité social soit 2860€ bruts).

Le relèvement du forfait de deux points en 2010 n'est pas de nature à remettre en cause ce constat : il porte **la part des prélèvements de sécurité sociale de base dans la totalité des rémunérations versées à 28,2 %**. C'est deux points de moins qu'en 1999.



En outre, il convient de souligner que la mise en place du forfait social donne lieu à très peu de contestation ou courriers de la part des redevables, preuve du faible effet individuel de la mesure et de la compréhension de ses objectifs.

b) impacts sociaux :

Sans objet

c) impacts sur l'environnement :

Sans objet

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Aucun, le forfait social n'ouvrant pas de droits de sécurité sociale aux assurés.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Nécessité de modifier leurs logiciels de paie pour intégrer le changement de taux.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale :

Le forfait social est recouvré par les URSSAF et les caisses locales de la Mutualité sociale agricole.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

e) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Une modification de la circulaire du 30 décembre 2008 relative à la mise en œuvre du forfait social sera effectuée.

### **2. Existence de mesures transitoires : non**

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information des employeurs sera assurée par le réseau des URSSAF et par le site de la sécurité sociale : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

Cette mesure s'inscrit dans l'objectif n°2 « Veiller à l'équité du prélèvement social » du PQE financement. Le montant des exemptions d'assiette soumis à forfait social est compris dans les

données renseignées à l'indicateur 2-2 « *Montant des exemptions de cotisations sociales rapporté à la masse salariale* ».

Par ailleurs, l'annexe 5 au PLFSS présente chacun des dispositifs soumis au forfait social. Elle indique également *l'objectif de coût retenu des pertes de recettes dues aux exemptions d'assiette de cotisations*, conformément aux dispositions de l'article 12 de la loi de programmation de finances publiques. Le forfait social, parce qu'il améliore la contributivité de dispositifs d'exemptions d'assiette majeurs (épargne salariale notamment) concoure à la réduction du montant de ces pertes de recettes.

## Annexe

### Version consolidée des articles du code de la sécurité sociale modifiés

#### **Article L137-15**

Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à [l'article L. 136-1](#) et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de [l'article L. 242-1](#) du présent code et au deuxième alinéa de [l'article L. 741-10](#) du code rural sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

1° De ceux assujettis à la contribution prévue à [l'article L. 137-13](#) du présent code ;

2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural ;

3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural ;

4° De l'avantage prévu à [l'article L. 411-9](#) du code du tourisme.

#### **Article L137-16**

Le taux de la contribution mentionnée à [l'article L. 137-15](#) est fixé à 2 %.

#### **Article L137-16**

Le taux de la contribution mentionnée à [l'article L. 137-15](#) est fixé à 4 %.

## **ARTICLE 16**

# **SUPPRESSION DU SEUIL ANNUEL DE CESSIION DE VALEURS MOBILIERES ET DE DROITS SOCIAUX POUR L'IMPOSITION DES PLUS-VALUES AUX PRELEVEMENTS SOCIAUX**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Conformément aux dispositions des articles 150-0 A à 150-0 F du code général des impôts (CGI) et au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale (CSS), les plus-values de cession à titre onéreux de valeurs mobilières et de droits sociaux réalisées par les particuliers résidant fiscalement en France sont soumises à l'impôt sur le revenu, ainsi qu'aux prélèvements sociaux en tant que revenus du patrimoine.

Les gains nets réalisés lors de la cession de valeurs mobilières et droits sociaux sont imposables à l'impôt sur le revenu au taux forfaitaire de 18 % et aux prélèvements sociaux au taux global de 12,1 % (8,2 % de contribution sociale généralisée (CSG), 0,5 % de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), 2 % de prélèvement sur les revenus du capital, 0,3 % de contribution à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et 1,1 % de contribution au financement du revenu de solidarité active (RSA)) par voie de rôle lorsque le montant des cessions du foyer fiscal excède un seuil qui, pour l'année 2009, est fixé à 25 730 €.

Lorsque ce montant de cession n'est pas franchi au cours d'une année, les plus-values réalisées au cours de ladite année sont exonérées d'impôt sur le revenu et, corrélativement, de prélèvements sociaux.

Ce seuil d'exonération a régulièrement été augmenté dans les dernières lois de finances : le seuil a ainsi été successivement porté de 7 650 € en 2002, à 15 000 € en 2003, à 20 000 € en 2007, à 25 000 € en 2008. Il est depuis 2008 automatiquement augmenté chaque année, dans la mesure où il est désormais indexé sur la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu de l'année précédente. Il s'établit ainsi à 25 730 € en 2009.

Ces revalorisations ont eu pour conséquence mécanique une contraction progressive de l'assiette des prélèvements sociaux, sans prise en compte de leur effet dépréciateur sur les recettes de la sécurité sociale.

En revanche, la perte de recettes fiscales découlant de la hausse du seuil d'imposition a été partiellement compensée par l'augmentation, en 2008, de deux points du taux du prélèvement forfaitaire libérateur.

Par ailleurs, il est rappelé qu'en raison d'une déconnexion des assiettes fiscale et sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, il est déjà prévu de gérer distinctement les impositions fiscale et sociale résultant des cessions de valeurs mobilières et droits sociaux.

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

La mesure proposée « neutralise » le seuil de cession pour l'imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières aux prélèvements sociaux. Ainsi, à compter des cessions réalisées en 2010, ces plus-values seront soumises aux prélèvements sociaux, dès le premier euro, quel que soit le montant annuel des cessions.

Si le montant annuel des cessions excède le seuil d'imposition à l'impôt sur le revenu (25 730 € en 2009), les règles actuelles continuent de s'appliquer : imposition des plus-values à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux dès le premier euro.

Si le montant annuel des cessions est inférieur ou égal au seuil d'imposition à l'impôt sur le revenu (25 730 € en 2009) : imposition des plus-values aux seuls prélèvements sociaux dès le premier euro.

Par ailleurs, les moins-values subies au cours d'une année seront imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année et des dix années suivantes, quel que soit le montant annuel des cessions de l'année considérée. En revanche, à l'impôt sur le revenu, ne seront

prises en compte, comme actuellement, que les moins-values constatées au cours d'une année où le seuil d'imposition est atteint dès lors que les plus-values ne sont elles-mêmes imposables à l'impôt sur le revenu qu'au-delà de ce seuil.

Une mesure de coordination est également prévue pour le droit à restitution des impositions en fonction du revenu (« bouclier fiscal »). En effet, dès lors que les prélèvements sociaux payés sur les plus-values réalisées sous le seuil de cession de valeurs mobilières sont des impositions prises en compte pour la détermination du droit à restitution, il convient également de prendre en compte le revenu correspondant.

Ces dispositions s'appliqueraient aux cessions réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 ; la correction apportée au « bouclier fiscal », s'appliquerait pour la première fois au « bouclier fiscal » 2012, c'est-à-dire pour la détermination du droit à restitution acquis en 2012, par comparaison aux revenus réalisés en 2010, des impositions directes payées en 2010 et 2011 au titre de ces mêmes revenus et en 2011 au titre de l'ISF et des impôts locaux attachés à la résidence principale.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de l'ACOSS, de la CNAF et de la CNAMTS ont rendu le 6 ou le 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

Le Traité instituant les Communautés européennes ne prévoit pas de disposition spécifique pour l'alignement des impôts directs. Le dispositif n'est pas constitutif d'une aide d'Etat.

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

- a) Possibilité de codification

Modifications de l'article L. 136-6 du CSS (CSG et, par renvoi des articles qui les régissent à l'article L. 136-6 du CSS, prélèvement social de 2 % et contributions additionnelles de 0,3 % et 1,1 % dus sur les revenus du patrimoine), des articles 170 (obligation de mentionner certains revenus et plus-values exonérés sur la déclaration d'ensemble des revenus n° 2042), 1600-0 G (CRDS due sur les revenus du patrimoine) ainsi que 1649-0A (« bouclier fiscal ») du code général des impôts et l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 (CRDS due sur les revenus du patrimoine).

Par ailleurs, de sorte à ne modifier, à l'avenir, que l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale (sans pour autant la codifier), les articles 1600-OH à 1600-OM, qui sont le pendant dans le CGI des articles 16, 17 et 19 de l'ordonnance précitée, sont modifiés.

- c) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy sans adaptation. Elle n'est pas applicable à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

<u>Organismes impactés</u> (régime, branche, fonds)	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>TOTAL</b>			<b>113</b>	<b>113</b>	<b>113</b>
Dont :					
- Régime général			71	71	71
CNAMTS			55	55	55
CNAF			10	10	10
CNAVTS			5	5	5
- FSV			8	8	8
- CNSA			4	4	4
- CADES			6	6	6
- FRR			13	13	13
- FNSA			10	10	10

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

### a) impacts économiques

Les données disponibles dans le tome II des Voies et Moyens annexé au PLF pour 2009 permettent d'estimer la dépense sociale liée à l'existence du seuil de cession à 113 M€. Le nombre d'épargnants susceptible d'être impacté par la présente mesure est estimé à 2,3 millions mais ce chiffre constitue sans doute un majorant du fait de l'existence du seuil de mise en recouvrement (61 €) qui exclut du champ de la mesure les contribuables dont les revenus du patrimoine (revenus fonciers ou financiers principalement) sont modestes.

Ces données ont été établies à partir de l'exploitation des imprimés fiscaux uniques (IFU) adressés par l'ensemble des organismes financiers aux services de la DGFIP et qui mentionnent le montant des cessions de chaque contribuable. Le montant des plus-values associées n'est pas connu de manière précise. Par conséquent, il a été choisi de retenir un taux moyen de plus-value rapporté aux cessions qui est celui observé par recoupement, pour les cessions supérieures à 25 730 €, entre les données de plus-values déclarées à l'IR par les contribuables et les montants de cessions déclarées pour les mêmes personnes par les organismes financiers. Il convient de noter que cette méthodologie d'estimation n'intègre pas les reports de moins-values subies les années précédentes.

### b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Cette mesure contribue au renforcement des principes d'universalité de l'assiette du financement de la protection sociale qui fonde l'existence de nos régimes sociaux.

Du fait de l'existence du seuil de mise en recouvrement (61 €), la mesure ne concernera pas les contribuables dont les revenus du patrimoine (revenus fonciers ou financiers) sont modestes (moins de 500 € de revenus globaux du patrimoine, y compris plus-values mobilières, mais sans compter les produits liés aux livrets développement durable, aux livrets A, aux comptes et plans épargne logement, à l'assurance-vie, aux dividendes ...)

### c) impacts sur l'emploi

Cette mesure, qui porte sur des revenus autres que d'activité, n'a pas d'impact particulier sur l'emploi.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

### a) impact sur les contribuables :

La possibilité offerte au contribuable, pour l'établissement de l'assiette des contributions sociales, de reporter sur dix ans les moins-values réalisées, quel que soit le montant annuel des cessions de



l'année considérée, conduira à solliciter de ce dernier une information sur le montant des moins-values en report.

Par ailleurs, s'agissant de la détermination de la plus-value nette de l'année, il est rappelé que les éléments nécessaires au calcul de cette dernière peuvent d'ores et déjà être le plus souvent fournis par l'ensemble des établissements financiers à leurs clients. Dans plusieurs établissements d'importance, ce service est gratuit. En tant que de besoin, pour les contribuables qui ne disposeraient pas au moment de leur déclaration fiscale des informations nécessaires de la part de leur banque, une fiche d'aide au calcul sera disponible auprès des services fiscaux et sur internet.

Cette mesure doit donc s'accompagner :

- d'une information claire aux contribuables pour accomplir les formalités déclaratives selon que l'impôt concerné est l'impôt sur le revenu ou les prélèvements sociaux ;

- d'une adaptation de la déclaration des revenus n° 2042 et la création d'une déclaration n° 2074 simplifiée accompagnée d'un formulaire de suivi des moins values en « sursis d'imposition ».

En outre, cette mesure ne remet pas en cause le dispositif général de plafonnement (bouclier fiscal) qui évolue pour tenir compte de la présente mesure.

#### b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

En conséquence du point précédent, le coût pour l'administration consistera en une modification de la déclaration n°2074 spécifique aux plus et moins-values de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux. En complément, la déclaration de revenu n°2042 devra être enrichie d'une case relative aux seuls prélèvements sociaux.

La mesure impose d'assurer une information claire aux contribuables pour accomplir les calculs de détermination des montants imposables aux prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu selon que le montant des cessions est inférieur ou supérieur au seuil d'assujettissement à l'impôt sur le revenu.

Cette évolution pourra entrer dans le cadre des maintenances classiques liées aux nouvelles dispositions de la loi de finances. En l'occurrence l'entrée en vigueur du dispositif conduit à pouvoir planifier cette charge au cours de l'année 2010.

#### c) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Les montants déclarés sur la nouvelle case de la déclaration n° 2042 devront être ajoutés à la base imposée aux prélèvements sociaux, prélèvements qui sont proportionnels. Cette évolution pourra entrer dans le cadre des maintenances classiques liées aux nouvelles dispositions de la loi de finances. En l'occurrence l'entrée en vigueur du dispositif conduit à pouvoir planifier cette charge au cours de l'année 2010.

#### d) impact budgétaire : coût de la mise en œuvre, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (autofinancement ou rallonge nécessaire)

L'augmentation du rendement des prélèvements sociaux sur le patrimoine engendrera mécaniquement un surcroît de recettes pour le budget général par le biais des frais d'assiette et de recouvrement.

#### e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

La mesure qui s'inscrit dans le cadre des évolutions habituelles liées aux nouvelles dispositions des lois de finances sera gérée avec les moyens actuels des administrations.

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe.

### 2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

### 3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mesure s'appliquera aux cessions réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, imposables aux prélèvements sociaux par voie de rôle en 2011.

#### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Au-delà des moyens de communication traditionnels (site de la DGFIP par exemple) l'information des redevables sera assurée par le biais des représentants des établissements financiers (FBF,) préalablement rencontrés.

#### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

## Annexe

Version consolidée des textes modifiés

Texte actuel	Texte modifié
<p><b>Article L 136-6 du code de la sécurité sociale</b></p> <p>I.-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu (...):</p> <p><b>II. bis.</b>-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont également assujetties à la contribution mentionnée au I à raison des gains nets exonérés (...). Il en est de même pour les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 septies A du code général des impôts ainsi que pour les revenus exonérés en application du II de l'article 81 C du même code.</p> <p><b>III.</b>-La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu (...). Il en est de même pour la contribution mentionnée au II</p>	<p><b>Article L 136-6 du code de la sécurité sociale</b></p> <p><b>Sont également soumis à cette contribution :</b></p> <p><b>1°</b> Les gains nets exonérés en application du I du I de l'article 150-0 A du code général des impôts ;</p> <p><b>2°</b> Les gains nets exonérés en application du I <i>bis</i> de l'article 150-0 A du code général des impôts ainsi que les plus-values exonérées en application du 7 du III du même article ;</p> <p><b>3°</b> Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 <i>septies</i> A du code général des impôts ;</p> <p><b>4°</b> Les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du code général des impôts.</p> <p>Pour la détermination des revenus mentionnés aux e et 1°, à l'exception des plus-values professionnelles à long terme et des avantages définis aux 6 et 6 <i>bis</i> de l'article 200 A du code général des impôts, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées.</p> <p><del><b>II. bis.</b>-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont également assujetties à la contribution mentionnée au I à raison des gains nets exonérés (...). Il en est de même pour les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 septies A du code général des impôts ainsi que pour les revenus exonérés en application du II de l'article 81 C du même code.</del></p> <p><b>III.</b>- La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu (...). <del><b>Il en est de même pour la contribution mentionnée au II bis dont</b></del></p>

<p>bis dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D du code général des impôts.</p>	<p><del>l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D du code général des impôts.</del></p>
<p><b>Article 15 de l'Ordonnance du 24 janvier 1996 (CRDS)</b></p> <p>I. - Il est institué une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale (...).</p> <p>Cette contribution est établie chaque année, sous réserve des revenus des placements visés aux 3° et 4° du II de l'article 16 autres que les contrats en unités de comptes, sur les revenus de l'année précédente.</p> <p>(...)</p> <p>Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A et aux 2° et 5° du 3 ainsi qu'au 4 bis de l'article 158 du code général des impôts.</p> <p>III. - Sont également assujettis à la contribution (...):</p> <p>2° Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales au titre des années visées au I ;</p> <p>(...)</p> <p>4° Les plus-values exonérées d'impôt sur le revenu en application du 7 du III de l'article 150-0 A du code général des impôts au titre des années visées au I.</p>	<p><b>Article 15 de l'Ordonnance du 24 janvier 1996 (CRDS)</b></p> <p>I. - Il est institué une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale (...).</p> <p>Cette contribution est établie chaque année <b>sur les revenus de l'année précédente, à l'exception de ceux ayant supporté la contribution prévue à l'article 16 de la présente ordonnance ;</b></p> <p>(...)</p> <p><del>Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A et aux 2° et 5° du 3 ainsi qu'au 4 bis de l'article 158 du code général des impôts.</del></p> <p>III. - Sont également assujettis à la contribution (...):</p> <p>2° Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application <b>des articles 168, 1649 A et 1649 quater A du code général des impôts et L. 69</b> du livre des procédures fiscales ;</p> <p><b>2° bis Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ;</b></p> <p><del>4° Les plus-values exonérées d'impôt sur le revenu en application du 7 du III de l'article 150-0 A du code général des impôts au titre des années visées au I.</del></p>
<p><b>Article 17 de l'Ordonnance du 24 janvier 1996 (CRDS)</b></p> <p>I- Il est institué, à compter du 1er février 1996 , une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité soumises à la taxe prévue par les articles 150 V bis et 150 V quater du code général des impôts et réalisées par les personnes désignées au I de l'article 14.</p> <p>II. - Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 150 V bis à 150 V quater du code général des impôts.</p>	<p><b>Article 17 de l'Ordonnance du 24 janvier 1996 (CRDS)</b></p> <p>I- Il est institué, à compter du 1er février 1996 , une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité soumises à la taxe prévue par <b>l'article 150 VI</b> du code général des impôts et réalisées par les personnes désignées au I de l'article 14.</p> <p>II. - Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles <b>150 VI à 150 VK et 150 VM</b> du code général des impôts.</p>
<p><b>Article 170 du Code général des impôts</b></p>	<p><b>Article 170 du Code général des impôts</b></p>

1. En vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu, toute personne imposable audit impôt est tenue de souscrire et de faire parvenir à l'administration une déclaration détaillée de ses revenus et bénéfices (...).

(...)

Dans tous les cas, la déclaration prévue au premier alinéa doit mentionner également le montant des bénéfices exonérés en application des [articles 44 sexies](#) (...), le montant des gains nets exonérés en application du I bis de [l'article 150-0 A](#), le montant de l'abattement mentionné à l'article 150-0 D bis, les revenus exonérés en application des [articles 163 quinquies B à 163 quinquies C bis](#) et les plus-values exonérées en application des 1, 1 bis et 7 du III de l'article 150-0 A dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D.

Article 1600-0 G du code général des impôts (CRDS)

I. Les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale sont assujetties à une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du même code.

Cette contribution est établie chaque année sur les revenus de l'année précédente. Toutefois, la contribution due sur les revenus de la première année d'imposition est assise sur les onze douzièmes des revenus de l'année 1995.

Elle est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception du troisième alinéa.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, à l'article 150-0 D bis et aux 2° et 5° du 3 de l'article 158, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu .

II. La contribution est mise en recouvrement et exigible en même temps, le cas échéant, que la contribution sociale instituée par l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Il n'est pas procédé au recouvrement lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.

1. En vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu, toute personne imposable audit impôt est tenue de souscrire et de faire parvenir à l'administration une déclaration détaillée de ses revenus et bénéfices (...).

(...)

Dans tous les cas, la déclaration prévue au premier alinéa doit mentionner également le montant des bénéfices exonérés en application des [articles 44 sexies](#) (...), le montant des gains nets exonérés en application du **1 du I et du I bis** de [l'article 150-0 A](#), le montant de l'abattement mentionné à l'article 150-0 D bis, les revenus exonérés en application des [articles 163 quinquies B à 163 quinquies C bis](#) et les plus-values exonérées en application des 1, 1 bis et 7 du III de l'article 150-0 A ~~dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D.~~

Article 1600-0 G du code général des impôts (CRDS)

~~I. Les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale sont assujetties à une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du même code.~~

~~Cette contribution est établie chaque année sur les revenus de l'année précédente. Toutefois, la contribution due sur les revenus de la première année d'imposition est assise sur les onze douzièmes des revenus de l'année 1995.~~

~~Elle est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception du troisième alinéa.~~

~~Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, à l'article 150-0 D bis et aux 2° et 5° du 3 de l'article 158, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu .~~

~~II. La contribution est mise en recouvrement et exigible en même temps, le cas échéant, que la contribution sociale instituée par l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Il n'est pas procédé au recouvrement lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.~~

**La contribution pour le remboursement de la dette sociale assise sur les revenus du patrimoine est établie, contrôlée et recouvrée conformément à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au**

**Article 1600-O H du code général des impôts (CRDS)**

Sont également assujettis à la contribution mentionnée à l'article 1600-0 G, dans les conditions et selon les modalités prévues aux I et II de cet article :

1. Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1er février 1996 et soumis en France à l'impôt sur le revenu. Pour l'application de ces dispositions, le 3° de l'article 83 et le a du 5 de l'article 158 ne sont pas applicables. La déclaration prévue à l'article 170 mentionne distinctement les revenus concernés ;

(...)

5. Les plus-values à long terme exonérées d'impôt en application de l'article 151 septies A.

**Article 1600-O I du code général des impôts (CRDS)**

Il est institué, à compter du 1er février 1996, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3 et 4 du I de l'article 1600-0 J.

Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au V et VI de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

**Article 1600-O J du code général des impôts (CRDS)**

I. Sont également assujettis à la contribution mentionnée à [l'article 1600-0 I](#) selon les modalités prévues à cet article, pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter du 1er février 1996 en ce qui concerne les placements visés

remboursement de la dette sociale.

**Article 1600-O H du code général des impôts (CRDS)**

~~Sont également assujettis à la contribution mentionnée à l'article 1600-0 G, dans les conditions et selon les modalités prévues aux I et II de cet article :~~

~~1. Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1er février 1996 et soumis en France à l'impôt sur le revenu. Pour l'application de ces dispositions, le 3° de l'article 83 et le a du 5 de l'article 158 ne sont pas applicables. La déclaration prévue à l'article 170 mentionne distinctement les revenus concernés ;~~  
(...)

~~5. Les plus-values à long terme exonérées d'impôt en application de l'article 151 septies A.~~

**La contribution pour le remboursement de la dette sociale prélevée sur les produits de placements est établie, contrôlée et recouvrée conformément à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.**

**Article 1600-O I du code général des impôts (CRDS)**

~~Il est institué, à compter du 1er février 1996, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3 et 4 du I de l'article 1600-0 J.~~

~~Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au V et VI de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.~~

**La contribution pour le remboursement de la dette sociale à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité est établie, contrôlée et recouvrée conformément à l'article 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.**

**Article 1600-O J du code général des impôts (CRDS)**

~~I. Sont également assujettis à la contribution mentionnée à [l'article 1600-0 I](#) selon les modalités prévues à cet article, pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter du 1er février 1996 en ce qui concerne les placements visés du 3 au 9 :~~

<p>du 3 au 9 :</p> <p>1. Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement (...); (...) III. (sans objet).</p> <p><b>Article 1600-O K du code général des impôts</b></p> <p>I. Il est institué, à compter du 1er février 1996 une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, (...).</p> <p>II. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 150 VI à 150 VK et à l'article 150 VM.</p> <p><b>Article 1600-O M du code général des impôts (CRDS)</b></p> <p>Le taux des contributions instituées par les articles 1600-0 G à 1600-0 K est fixé à 0,5 p. 100.</p> <p><b>Article 1649-0A du code général des impôts</b></p> <p>7. Les gains retirés des cessions de valeurs mobilières, droits sociaux et titres assimilés qui n'excèdent pas le seuil fixé par le 1 du I de <a href="#">l'article 150-0 A</a> ne sont pas pris en compte pour la détermination du droit à restitution.</p>	<p><del>1. Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement (...); (...) III. (sans objet).</del></p> <p><b>Le taux des contributions pour le remboursement de la dette sociale mentionnées aux articles 1600-0 G à 1600-0 I est fixé par l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.</b></p> <p><b>Article 1600-O K du code général des impôts</b></p> <p><del>I. Il est institué, à compter du 1er février 1996 une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, (...).</del></p> <p><del>II. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 150 VI à 150 VK et à l'article 150 VM.</del></p> <p><b>Article 1600-O M du code général des impôts (CRDS)</b></p> <p><del>Le taux des contributions instituées par les articles 1600-0 G à 1600-0 K est fixé à 0,5 p. 100.</del></p> <p><b>Article 1649-0A du code général des impôts</b></p> <p>7. Les gains retirés des cessions de valeurs mobilières, droits sociaux et titres assimilés qui n'excèdent pas le seuil fixé par le 1 du I de l'article 150-0 A <b>sont pris en compte pour leur montant net soumis à la contribution sociale généralisée en application du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.</b></p>
--	---

## **ARTICLE 17**

### **REFORME DES NICHES SOCIALES SUR LES REVENUS DU CAPITAL AMENAGEMENT DU REGIME DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE AU REGARD DES CONTRIBUTIONS SOCIALES EN CAS DE DECES**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

##### **1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention du législateur**

En cas de décès d'une personne ayant souscrit un contrat d'assurance-vie pendant la durée dudit contrat, une disposition contractuelle, « la contre-assurance décès », permet à un ou plusieurs bénéficiaires désignés par le souscripteur de percevoir la rente ou le capital à sa place. En l'absence de dénouement du contrat du fait du décès du souscripteur, les intérêts et les produits ne sont pas soumis aux prélèvements sociaux dont le taux global est actuellement de 12,1 % (8,2 % de CSG, 0,5 % de CRDS, 2 % de prélèvement sur les revenus du capital, 0,3 % de contribution à la CNSA et 1,1 % de contribution au financement du RSA).

Il s'agit d'une situation inéquitable, puisque cette exonération ne bénéficie qu'aux souscripteurs de contrats en unités de compte. En effet, les souscripteurs de contrats en euros se sont déjà acquittés des prélèvements sociaux de manière annuelle.

Le fait générateur de l'impôt diffère, en effet, selon la nature du contrat souscrit. Selon les dispositions de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, le fait générateur est constitué par :

- l'inscription en compte pour les contrats en euros ;
- le dénouement du contrat hors décès pour les contrats en unités de compte.

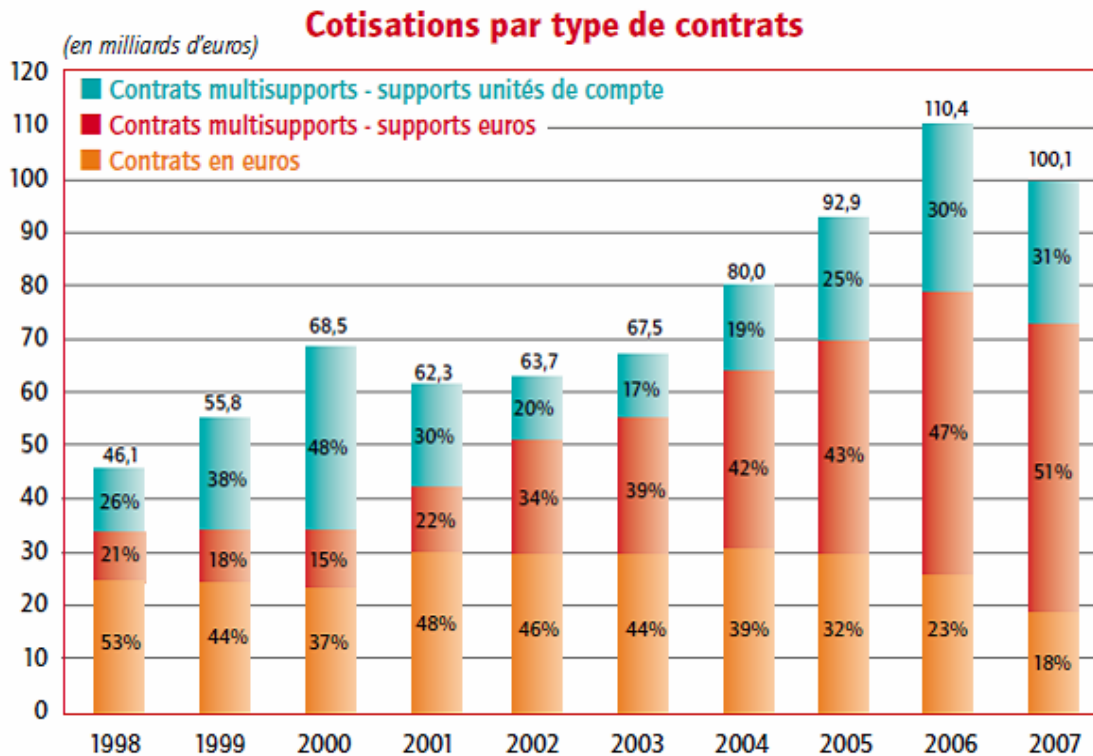
Outre son caractère particulièrement inéquitable, cette situation génère des pertes importantes pour la sécurité sociale puisqu'environ 20 % des contrats se terminent par le décès de leur souscripteur.

Cette situation fait par ailleurs peser une menace importante sur les recettes à venir de la sécurité sociale en raison de la possibilité offerte aux détenteurs de contrats en euros, en application de la loi pour la confiance et la modernisation de l'économie du 26 juillet 2005 (« amendement Fourgous »), de transformer leur contrat en euros en un contrat multi-supports (en unités de compte d'un point de vue fiscal) sans dénouer leur contrat, c'est-à-dire sans perte de l'antériorité fiscale. Au 31/12/2007, 1 333 500 contrats étaient ainsi transformés pour plus de 47 Md€.

Les contrats multi-supports figurent ainsi parmi les plus proposés par les assureurs actuellement, même lorsque le souscripteur souhaite majoritairement ou uniquement investir sur son support en euros, dans le but explicite d'échapper aux prélèvements sociaux ou d'en différer le paiement qu'en sortie de contrat. Mais il existe d'autres motifs de recourir à ce type de contrats, notamment pour les bénéficiaires du bouclier fiscal.

Le graphique ci-dessous témoigne de l'ampleur du phénomène, puisque les cotisations en euros se portaient en 1998 pour 53 % sur des contrats en euros et pour 21 % sur des supports euros des contrats multi-supports, alors qu'en 2007 la situation s'est inversée puisque ce sont 51 % des cotisations en euros qui ont été portées sur des contrats multi-supports contre 18 % sur des contrats en euros.





Source FFSA

Sachant que la durée de vie moyenne d'un contrat d'assurance vie est estimée à 8 ans, si cette mesure n'était pas prise rapidement, ce sont 20 % des intérêts capitalisés sur les contrats multi-supports et sur les contrats en euros, contrats qui feront l'objet d'une transformation, qui échapperaient *in fine* aux prélèvements sociaux.

Par conséquent, il s'agit d'une mesure importante au regard du niveau actuel des recettes générées par l'assurance-vie : les prélèvements sociaux sur l'assurance-vie devraient constituer à eux seuls en 2010 32 % des prélèvements sociaux sur le capital dont 61 % des prélèvements sociaux sur les produits de placement.

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

La mesure entend résoudre une inégalité de traitement social entre les souscripteurs de contrats d'assurance-vie et favoriser la solidarité entre les générations par l'effet redistributif des prélèvements sociaux qui seraient dus à l'occasion du décès du souscripteur.

La mesure conduit également à procurer des ressources supplémentaires immédiates pour la sécurité sociale ainsi qu'à préserver ses recettes futures.

Concrètement, les prélèvements sociaux s'appliqueront à l'ensemble des intérêts capitalisés sur les contrats en cours lors du décès du souscripteur intervenant après l'entrée en vigueur de la mesure, quelle que soit la date de souscription du contrat.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont été consultés sur cette mesure. Ils ont rendu leur avis dans la semaine du 5 octobre 2009.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

Le Traité instituant les Communautés européennes ne prévoit pas de disposition spécifique pour l'alignement des impôts directs. Le dispositif n'est pas constitutif d'une aide d'Etat

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

a) Possibilité de codification

Modifications de l'article L.136-7 du CSS (CSG et, par renvoi des articles qui les régissent à l'article L. 136-7 du CSS, prélèvement social de 2 % et contributions additionnelles de 0,3 % et 1,1 % dus sur les produits de placements) et de l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 (CRDS due sur les produits de placements) (voir annexe)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans les départements d'outre-mer, Saint-Martin et Saint-Barthélemy sans adaptation. Elle n'est pas applicable à Mayotte et Saint-Pierre Miquelon, ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

Le rendement de la mesure est estimé à 273 M€ la première année.

Détail de l'impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010	2011	2012	2013
<b>TOTAL</b>		<b>273</b>	<b>273</b>	<b>368</b>	<b>368</b>
Dont :					
- Régime général		174	174	234	234
CNAM		135	135	181	181
CNAF		25	25	34	34
CNAV		14	14	19	19
- FSV		21	21	30	30
- CADES		16	16	20	20
- FRR		29	29	39	39
- CNSA		9	9	12	12
- FNSA		24	24	33	33

Les hypothèses du chiffrage reposent sur une durée moyenne de détention des contrats de 8 ans et sur une évaluation prudente des plus-values moyennes.

	2010	2011	2012
Plus value moyenne au bout de 8 ans (durée de détention moyenne d'un contrat se dénouant par décès)	30 %	30 %	35 %
Encours des contrats d'assurance-vie (Md€)	1 200	1 200	1 200
Taux annuel de dénouement des contrats d'assurance-vie <sup>7</sup>	7,00 %	7,00 %	7,00 %
Dont, taux de dénouement par décès <sup>8</sup>	20,00 %	20,00 %	20,00 %
Part des contrats multi-supports	54 %	54 %	61 %
Taux des prélèvements sociaux <sup>9</sup>	10,05 %	10,05 %	10,30 %
Rendement estimé de la mesure (en M€)	273	273	368

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

### a) impacts économiques

A partir des données de la Fédération française des sociétés d'assurance, il peut être considéré que la quasi-totalité des contrats comporte une contre-assurance décès. Il est à noter qu'une part des 50 à 60 000 détenteurs de ces contrats pourrait être amenée à réexaminer ses placements quand bien même la fiscalité de ces contrats reste tout à fait attractive.

### b) impacts sociaux

Cette mesure contribue au renforcement des principes d'universalité de l'assiette du financement de la protection sociale qui fonde l'existence de nos régimes sociaux.

### c) impacts sur l'environnement

Néant

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

### a) impact sur les assurés

Ils n'auront aucune démarche ou formalité supplémentaire à faire.

### b) impact sur les employeurs ou cotisants.

Des adaptations dans les chaînes informatiques des établissements payeurs seront nécessaires. En effet, le calcul déjà mis en œuvre lorsque l'assuré, de son vivant, dénoue lui-même le contrat, mais qui n'est pas déclenché lorsqu'il y a décès, devra être généralisé à tous les cas de dénouement. Les sommes correspondantes seront déclarées conjointement avec celles actuellement fournies par les assureurs.

### c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Les prélèvements sociaux sont gérés par les services de la direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le compte des organismes de protection sociale qui en sont affectataires.

### d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure ne nécessite pas de modifier l'imprimé déclaratif n° 2777. Elle n'entraîne aucune modification dans le traitement : les sommes liées aux prélèvements acquittés en cas de décès seront

<sup>7</sup> Proportion annuelle des contrats dénoués par rapport à l'encours total assurance-vie.

<sup>8</sup> Proportion, à l'intérieur de la proportion des contrats dénoués, pour cause de décès du souscripteur.

<sup>9</sup> Du fait de l'existence des taux historiques, le prélèvement ne donne pas son plein effet les deux premières années.

traitées de la même manière que celles liées aux autres formes de prélèvements sans être isolées de manière particulière.

e) impact budgétaire :

L'augmentation du rendement des prélèvements sociaux conduira à accroître mécaniquement les frais d'assiette et de recouvrement acquittés par les organismes de protection sociale affectataires de ces prélèvements au profit de la DGFIP. Cet impact restera faible (moins de 300 000 €).

f) impact sur l'emploi :

La mesure, qui n'impacte pas les services de recouvrement, sauf a posteriori pour le contrôle, sera gérée avec les moyens actuels.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure est d'application directe.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès l'entrée en vigueur de la LFSS à la condition que toutes les adaptations aient été opérées dans les chaînes informatiques des établissements payeurs.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Au-delà des moyens de communication traditionnels (site de la DGFIP par exemple), l'information des redevables sera assurée par le biais des représentants des sociétés d'assurance (FFSA) préalablement rencontrés.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non

De nombreux échanges inter-directionnels associant la Direction de la législation fiscale et la Direction générale du Trésor et de la Politique Economique notamment, ont eu lieu autour de la mesure.

## Annexe

Texte actuel	Texte modifié
<p><b>L. 136-7 (CSG)</b></p> <p>II. - Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I (...)</p> <p>3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, <i>lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de compte visés au deuxième alinéa de l'article <u>L. 131-1</u> du code des assurances, à l'exception des produits attachés aux contrats visés à l'article 199 septies du code général des impôts ;</i></p> <p>II. - Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au I, pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter du 1er février 1996 en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° : (...)</p> <p>3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0A du code général des impôts quelle que soit leur date de souscription, lors de leur inscription au contrat ou lors du dénouement pour les bons et contrats en unités de comptes visés au deuxième alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ;</p>	<p><b>L. 136-7 (CSG)</b></p> <p>I. – Le II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 septies du même code :</p> <p>« a) Lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;</p> <p>« b) Lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du a. »</p> <p>2° Au 8° <i>bis</i>, la référence : « 81 C » est remplacée par la référence : « 155 B ».</p> <p>II. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« II. Sont également soumis à la contribution mentionnée au I, <b>les produits de placement désignés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale</b> pour la partie acquise à compter du 1<sup>er</sup> février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° à 9° du même II.</p> <p>« Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au premier alinéa du V de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. »</p> <p><b><u>2° Le III est supprimé.</u></b></p>

## **ARTICLE 18**

### **EXONERATION DE LA COTISATION VIEILLESSE SUR LES REMUNERATIONS DES AIDES A DOMICILE AYANT LA QUALITE D'AGENT TITULAIRE D'UN CENTRE COMMUNAL OU INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le secteur des services à la personne bénéficie, aujourd'hui, de plusieurs dispositifs d'exonération de cotisations de sécurité sociale. Ainsi, les rémunérations versées aux aides à domicile employées par un organisme auprès d'une personne fragile ouvrent droit à une exonération totale de cotisations patronales, hors cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (III de l'article L.241-10 du code de la sécurité sociale).

Outre cette exonération pour les aidants à domicile relevant du régime général, il existe une exonération spécifique pour les aidants à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un Centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS-CIAS) relevant de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Cette exonération est prévue au dernier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Cette dernière exonération, à hauteur de 100 %, ne porte que sur la cotisation *patronale* de retraite obligatoire des aidants à domicile ayant la qualité d'agent titulaire. Seule la CNRACL est donc impactée financièrement par cette exonération.

Initialement, l'exonération ne devait être appliquée qu'aux rémunérations des seuls agents titulaires du cadre d'emploi des agents sociaux territoriaux, relevant du décret n° 92-849 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux, employés par les CCAS-CIAS.

En 2008, 10.285 agents sociaux territoriaux ont été concernés par cette exonération.

Toutefois, une décision récente de la Cour de cassation a étendu le bénéfice de cette exonération à tous les agents titulaires des CCAS-CIAS qui, quel que soit leur cadre d'emploi, ont pour activité principale l'aide à domicile (Cour de cassation, 11 octobre 2007, CCAS de Roissy-en-Brie : en l'espèce, il s'agissait d'un agent d'entretien).

En cela, cette décision donne une interprétation très large qui va au-delà de la volonté initiale du législateur, lequel ne visait que les agents dont l'aide à domicile est statutairement la fonction.

Au surplus, l'extension de cette jurisprudence à l'ensemble des agents potentiellement concernés entraînerait un surcoût pour la CNRACL qui ne peut être évalué, sachant qu'une multiplication par trois, de 9 M€ à 28 M€ entre 1999 et 2007, du montant de l'exonération a déjà été observée antérieurement à cette jurisprudence.

Une modification du dernier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est donc nécessaire pour en préciser le champ d'application afin qu'il soit conforme à la volonté initiale du législateur.

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

Plusieurs options sont envisageables :

- soit supprimer l'exonération en cause mais cela serait contraire à l'objectif défendu par le Gouvernement dans ce domaine ;
- soit prendre acte de la position de la Cour de cassation, ce qui ne nécessiterait aucune intervention du législateur, mais aurait un coût potentiellement élevé ;
- soit revenir à l'interprétation initiale en précisant la disposition concernée.

C'est cette dernière solution qu'il est proposé de retenir car elle correspond à la volonté initiale du législateur.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

La CNRACL a été informée de ce projet de mesure.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats-membres.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée dans le code de la sécurité sociale (art. L. 241-10).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure sera applicable dans les quatre départements d'outre-mer Saint-Barthélemy et Saint-Martin ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle n'est pas applicable à Mayotte et dans les autres collectivités d'outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)		Non évaluable			

La mesure évitera des pertes de recettes supplémentaires pour la CNRACL. Cette perte de recettes n'est pas chiffrable dès lors qu'il est impossible pour la CNRACL de connaître combien d'agents titulaires, tous cadres d'emplois confondus, des CCAS-CIAS ont pour activité principale l'aide à domicile.

#### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) Impacts économiques

Sans objet.

b) Impacts sociaux :

Sans objet.

c) Impacts sur l'environnement

Sans objet.

#### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) Impact sur les assurés

La mesure ne concerne pas les assurés, s'agissant d'une mesure d'exonération de cotisation patronale.

b) Impact sur les employeurs

La mesure n'emporte aucune formalité supplémentaire pour les employeurs.

c) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La CNRACL devra s'assurer que les agents pour lesquels est demandée une exonération relèvent bien du cadre d'emploi des agents sociaux territoriaux, ce qu'elle fait déjà.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Aucun.

e) Impact budgétaire

Aucun.

f) Impact sur l'emploi

La mesure devrait restreindre le recours par les CCAS-CIAS à des agents titulaires relevant d'autres cadres d'emplois, dont ce n'est pas la fonction, que celui des agents sociaux territoriaux pour exercer les activités d'aides à domicile.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure ne nécessite pas de décret d'application.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en application dès l'entrée en vigueur de la loi.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

La CNRACL assurera l'information des employeurs concernés.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Non.



## Annexe

### Version consolidée de l'article L.214-10 du code de la sécurité sociale modifié

<p><b>Article L241-10</b></p> <p>(...)</p> <p>III.-Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail par les associations et les entreprises admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées au I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les personnes visées au a du I, du plafond prévu par ce a.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;</li><li>-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.</li></ul> <p>Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation</p>	<p><b>Article L241-10 modifié</b></p> <p>(...)</p> <p>III.-Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail par les associations et les entreprises admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les personnes visées au I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les personnes visées au a du I, du plafond prévu par ce a.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par l'alinéa ci-dessus et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;</li><li>-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.</li></ul> <p>Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire <b>relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un</b> centre communal ou</p>
--	---

d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au premier alinéa du présent paragraphe. (...)	intercommunal d'action sociale bénéficiant d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au premier alinéa du présent paragraphe. (...)
---	--

# **ARTICLE 19**

## **NON COMPENSATION D'UNE MESURE D'EXONERATION DE COTISATIONS ET DE CONTRIBUTIONS DE SECURITE SOCIALE**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Afin de préserver les recettes de la sécurité sociale, l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application. Cette mesure concerne également les exemptions d'assiette.

Le IV de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que seule une loi de financement de la sécurité sociale peut déroger à cette règle. Grâce à cette disposition, l'application ou la non-application de la règle de compensation se fait dans la transparence.

Une seule mesure nécessite une disposition expresse de non compensation dans le PLFSS 2010.

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

Pour le PLFSS 2010, il est donc proposé de ne pas compenser la prime exceptionnelle instituée par l'article 3 de la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Cette prime est exclue de l'assiette de toutes les cotisations ou contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi, hors CSG, CRDS et forfait social. La perte de recettes est estimée à 95 M€ par année pleine.

Cette mesure est circonscrite à l'outre mer, afin de tenir compte des difficultés particulières rencontrées par ces territoires. Elle permet aux employeurs des territoires dans lesquels un accord régional ou territorial interprofessionnel applicable dès 2009 a été conclu de verser une prime d'un maximum de 1500€ par salarié et par an. Il s'agit d'une mesure temporaire (limitée à trois ans) et qui ne peut se substituer à des éléments de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale et habituellement versés aux salariés. C'est pour ces raisons qu'il est proposé de ne pas la compenser.

### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils d'administration de la CNAMTS, de la CNAVTS, de la CNAF et de l'ACOSS ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ont rendu, le 6 ou le 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

La mesure ne sera pas codifiée

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

Sans objet

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010	2011	2012	2013
CNAM maladie	-35	-53	-53	-17	
CNAM AT-MP	-7	-10	-10	-3	
CNAV	-5	-8	-8	-3	
CNAF	-16	-24	-24	-8	
Ensemble régime général	-63	-95	-95	-31	

L'estimation du coût de cette mesure pour le régime général repose sur l'hypothèse que l'ensemble des 300 000 salariés du secteur privé dans les départements et territoires d'outre mer concernés bénéficiera d'une prime de 1 500 € pendant une durée de 3 ans à compter du 1<sup>er</sup> mai 2009.

Ces primes représenteraient selon cette hypothèse une masse de 450 M€ en année pleine (300 M€ en 2009, 450 M€ en 2010 et 2011, 150 M€ en 2012).

L'estimation du montant de cotisations associé à cette exclusion d'assiette reprend la méthodologie retenue dans le compteur mesurant les « niches sociales » présenté dans l'annexe 5 du PLFSS. Compte tenu de l'absence de mesure directe de ce montant, on retient conventionnellement comme mode de conversion des montants d'assiette exclus des cotisations vers les montants de cotisations équivalents celui qui revient à multiplier les montants d'assiette par le taux des cotisations au-dessus du plafond de la sécurité sociale (soit 23 %, qu'il faut minorer dans ce cas particulier du taux de prélèvement du forfait social auquel la prime exceptionnelle est soumise).

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Sans objet

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

Non

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Non

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Non, la mesure n'emporte aucune mesure de gestion particulière.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non

e) impact budgétaire :

Non

f) impact sur l'emploi :

Non

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE

### 1. liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application directe.

### 2. Existence de mesures transitoires ?

Non

### 3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

La mise en œuvre de cette mesure est immédiate.

### 4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet.

### 5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un **Programme de qualité et d'efficience (PQE)** annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

La perte de recettes liée à la non compensation de l'exclusion de l'assiette sociale de la prime exceptionnelle est présentée dans l'annexe 5 au PLFSS, au titre du suivi de l'ensemble des niches sociales.

## **ARTICLE 26**

### **COMPTABILISATION EN COMPTES DE TIERS DE CERTAINES PRESTATIONS SERVIES PAR LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Les organismes de sécurité sociale assurent pour le compte de tiers la liquidation et le versement d'un certain nombre de prestations. Dans la quasi-totalité des cas, les opérations afférentes (versement de la prestation d'un côté, remboursement par le tiers de l'autre) ne figurent pas au compte de résultat, mais, conformément à leur nature, en comptes de tiers, autrement appelés « comptes de classe 4 ».

La Cour des comptes en tant que certificateur a cependant relevé plusieurs anomalies, notamment dans les comptes de la branche famille, et en a demandé la résolution (cf. rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2008 ; p. 100 et sq.<sup>10</sup>).

Trois prestations servies pour le compte de l'Etat (allocation aux adultes handicapés – AAH -, allocation du parent isolé - API, depuis la création du RSA uniquement servie dans les DOM -, allocation supplémentaire d'invalidité –ASI-) ainsi qu'une prestation servie pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (la majoration pour parent isolé de l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé – MPI AEEH-) sont en effet retracées au compte de résultat, conformément aux textes en vigueur, mais sans que cela n'ait de sens sur le plan comptable.

Les ministères de tutelle se sont donc engagés auprès de la Cour des comptes à clarifier le régime de ces prestations, ce qui nécessite l'intervention de la loi. En effet, le principe d'inscription au compte de résultat est déduit de dispositions législatives qui prévoient soit explicitement l'inscription d'une charge (ASI), soit que les tiers (Etat, ou CNSA) versent leur subvention au Fonds national des prestations familiales, qui est l'une des sections du compte de résultat de la branche famille (AAH, API, MPI AEEH).

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

Il est donc proposé de supprimer la référence aux termes de subvention au FNPF, ou de charges, dans les textes qui concernent l'AAH, l'API servie dans les DOM, l'ASI, et enfin la MPI AEEH. Le financeur de ces prestations sera clairement précisé, ce qui permettra l'inscription en comptes de tiers.

La mesure n'entrera en vigueur que pour les comptes de l'exercice 2010 : ce délai est nécessaire pour permettre à la branche famille d'adapter son système d'informations (ouverture des comptes nécessaires, etc).

Comme le rappelle la Cour, les pertes sur créance d'indus sur les prestations servies pour le compte d'un tiers sont à la charge de ce dernier. Afin cependant d'améliorer la prévention et le recouvrement des indus, il est introduit un plafonnement de leur prise en charge par l'Etat : celle-ci ne pourra excéder une fraction des prestations d'AAH, d'ASI et d'API résiduelle versées dans l'année. Un décret permettra de préciser les modalités d'application, et notamment comme les taux seront fixés au vu des caractéristiques de chaque prestation, et des objectifs de performance assignés à la branche.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils d'administration des caisses nationales du régime général et de la CCMSA ont rendu le 6 ou 7 octobre un avis sur le PLFSS.

#### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

<sup>10</sup> Cf. p101 : « Il a été demandé par la Cour en missions finales : de revoir les écritures concernant l'AAH et l'API pour les créances d'indus et la charge de leur dépréciation qui ne devrait pas peser sur le mandataire qu'est la branche famille mais sur le mandant »

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera partiellement codifiée au sein du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Les prestations concernées par la mesure sont servies dans les quatre départements d'outre-mer à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Elles ne concernent pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte, ainsi que les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

La mesure conduit à réduire symétriquement les masses de charges et de produits du niveau des prestations transférées en comptes de tiers.

Pour la CNAF, l'impact symétrique est de 6,4 Md€ (montant cumulé de l'AAH, de l'API servie dans les DOM, et de la majoration parent isolé pour l'AEEH).

Au titre de l'ASI, l'impact symétrique sur les charges et produits des régimes concernés est globalement de 0,2 Md€.

Par ailleurs, une partie des indus sera désormais à la charge de l'Etat, ce qui devrait réduire les charges de la branche famille de l'ordre de 20M€.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Non. Il s'agit d'une mesure de clarification des financements.

b) impacts sociaux :

Aucun

c) impacts sur l'environnement

Aucun

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Une adaptation des systèmes d'information comptables sera nécessaire et est en cours de préparation. Les comptes ont d'ores et déjà été créés dans le Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale par la Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Cf. réponse au b)

d) impact budgétaire :

Non

e) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens existants.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Une instruction de la mission comptable permanente auprès des organismes de sécurité sociale sera tout de même envoyée aux comptables des caisses. Le décret prévu à l'article L. 815-29 existe déjà, et sera actualisé.

S'agissant de la gestion des indus un arrêté sera pris par les ministres en charge de la sécurité sociale et du budget afin de fixer la fraction d'indus non recouverts au-delà de laquelle le coût incombera à la branche famille. Actuellement, à titre d'exemple, la proportion des indus non recouverts au titre de l'AAH est ainsi de 0,18% des sommes versées dans l'année.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera appliquée dès l'exercice comptable 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non



## Annexe

### Version consolidée des articles modifiés du code de la sécurité sociale

<p><b>Article L. 821-5</b></p> <p>L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.</p> <p>L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.</p> <p>Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.</p> <p>Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.</p> <p>Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.</p> <p>L'Etat verse au fonds national des prestations familiales, géré par la caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant au montant des dépenses versées au titre de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome ainsi qu'au titre de l'allocation pour adulte handicapé prévue à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.</p> <p><b>Article L. 815-29</b></p> <p>Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.</p> <p>Les dispositions prévues aux articles L. 815-19 à L. 815-22 sont également applicables aux</p>	<p><b>Article L. 821-5</b></p> <p>L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.</p> <p>L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.</p> <p>Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.</p> <p>Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.</p> <p>Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.</p> <p><b>Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.</b></p> <p><b>Article L. 815-29</b></p> <p>Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.</p> <p><b>Le financement de l'allocation</b></p>
--	--

relations financières entre le fonds spécial d'invalidité institué par l'article L. 815-26 et les organismes ou services payeurs de l'allocation supplémentaire mentionnés à l'article L. 815-27.

#### **Article L. 541-4**

Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation et de son complément mentionnés à [l'article L. 541-1](#) ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article [L. 245-1](#) du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse au Fonds national des prestations familiales, géré par la Caisse nationale des allocations familiales, une subvention correspondant aux sommes versées au titre de la majoration visée à l'alinéa précédent.

**supplémentaire d'invalidité est assuré par l'État pour ce qui concerne le régime général des travailleurs salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.**

#### **Article L. 541-4**

Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation et de son complément mentionnés à l'article L. 541-1 ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.

**Le financement de la majoration pour parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est assuré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.**

## **ARTICLE 28**

# **NON PRISE EN COMPTE DU SURCOUT INDUIT PAR LES DEPENSES LIEES A LA PANDEMIE GRIPPALE POUR L'EVALUATION DU RISQUE DE DEPASSEMENT DE L'ONDAM EN 2010**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

En vertu de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.

En cas de pandémie de grippe H1N1 atteignant une large part de la population, aux dépenses supportées par l'EPRUS pour la préparation et la conduite de la campagne de vaccination, qui sont comptabilisées hors de l'ONDAM<sup>11</sup>, s'ajouteront les dépenses d'assurance maladie induites par la réalisation du risque grippal qui, par nature, sont des dépenses du champ de l'ONDAM : consultations, prescriptions médicamenteuses, indemnités journalières pour arrêt de travail.

Or l'ONDAM 2010 est construit sur la base des éléments disponibles en septembre 2009 et n'intègre donc pas le coût d'une pandémie. Ainsi, en cas d'aggravation de la situation épidémiologique fin 2009 ou début 2010, l'accélération forte des dépenses qui en résulterait pourrait conduire le comité d'alerte à considérer que le risque de franchissement du seuil d'alerte est sérieux pour 2010. Même en cas de manifestation plus tardive au cours de l'année 2010, le comité d'alerte pourra à tout moment déclencher une alerte qui emporte des conséquences mécaniques : les caisses nationales d'assurance maladie doivent alors présenter des propositions de mesures de redressement.

Une telle situation ne correspond pas à la raison d'être du comité d'alerte qui est d'assurer une vigilance continue sur les efforts permanents de maîtrise des dépenses et non de conduire à compenser par des restrictions ultérieures des dépenses induites par un besoin sanitaire exceptionnel.

---

<sup>11</sup> A l'exception de l'indemnisation des professionnels libéraux mobilisés pour la vaccination, actuellement envisagée par l'assurance maladie qui ne pourra pas les distinguer des autres dépenses de prestations.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de prendre une disposition permettant, à titre exceptionnel en 2010, de neutraliser dans l'analyse par le Comité d'alerte de l'évolution des dépenses, un dérapage ponctuel lié à une pandémie grippale exceptionnelle. Cette mesure relève du niveau législatif.

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

La présente disposition vise à prévoir la non prise en compte en 2010, à titre exceptionnel, par le comité d'alerte du surcoût induit par les dépenses exceptionnelles induites par une pandémie grippale pour l'évaluation, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, d'un risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Il est proposé de ne pas modifier directement l'article relatif au Comité d'alerte dans le code de la sécurité sociale, de manière à conserver un caractère tout à fait exceptionnel à cet aménagement de l'intervention du Comité d'alerte.

Une alternative aurait consisté à provisionner dans la construction de l'ONDAM 2010 un montant pour faire face à ce surcoût exceptionnel. Cette solution n'est pas retenue pour les raisons suivantes :

- Le calibrage d'une telle provision est très délicat car il dépend de nombreux facteurs : taux d'attaque de la population, calendrier de déclenchement de la pandémie, efficacité de la campagne de vaccination... Dès lors, si l'objet est de garantir le non déclenchement d'une alerte pour ce seul motif, il conviendrait de prendre la provision maximale ;
- Par ailleurs, cette option pourrait être contre-productive en matière de maîtrise des dépenses :
  - i. Elle conduirait à un taux de progression de l'ONDAM envoyant le signal d'un relâchement des efforts de maîtrise alors que les années 2004-2009 sont caractérisées par une décélération notable par rapport aux années antérieures et que cette modération est plus que jamais nécessaire pour ne pas aggraver la situation financière de l'assurance maladie par ailleurs violemment dégradée par la conjoncture économique (perte de plusieurs milliards d'euros de recettes) ;
  - ii. La non-consommation probable de l'intégralité de cette provision pourrait être perçue comme une marge de manœuvre permettant de laisser les dépenses filer sans risque de dépassement de l'ONDAM ;
  - iii. Enfin, ces dépenses supplémentaires seront ponctuelles et n'auront pas vocation à se reproduire en 2011. Il faudra alors opérer, à partir des dépenses 2010, un « débasage » des montants correspondants. Puisqu'il faudra procéder à une estimation statistique de ces montants, le faire dans le cadre et sous la supervision du comité d'alerte paraît l'option la moins contestable et conduit finalement à revenir au dispositif tel que proposé.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ont, les 5, 6 ou 7 octobre, rendu un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure relève de la seule compétence des États membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit communautaire et avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

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

- a) Possibilité de codification

Cette mesure exceptionnelle prise pour la seule année 2010 n'a pas vocation à être codifiée.

- b) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'Outre-mer

Sans objet.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> <u>(régime, branche, fonds)</u>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Tous régimes					

Les estimations des dépenses liées à la pandémie grippale sont nécessairement fragiles car liées au taux d'attaque de la population. Une méthode possible consiste à recueillir les données épidémiologiques du réseau Sentinelle et à y appliquer un montant de dépenses par tête déduit des estimations effectuées sur la grippe saisonnière.

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

###### a) Impacts économiques

Cette mesure permettra d'éviter le déclenchement de la procédure d'alerte liée au dépassement de l'ONDAM pour cause de pandémie grippale, entraînant mécaniquement l'obligation pour les caisses nationales d'assurance maladie de présenter des propositions de mesures de redressement.

###### b) Impacts sociaux

Le déclenchement de l'alerte obligerait les caisses d'assurance maladie à proposer des mesures de redressement. Or seules sont efficaces rapidement, en termes financiers, les mesures de baisses de prix ou de tarifs ou les mesures de déremboursement. Réduire les revenus des professionnels de santé ou augmenter les restes à charge des ménages en réponse à un besoin sanitaire réel constitue un impact social inopportun que la mesure vise à éviter.

###### c) Impacts sur l'environnement

Aucun impact

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

###### a) Impact sur les assurés

La mesure vise à éviter des propositions de baisse de la couverture offerte par l'assurance maladie en réaction à une alerte.

###### b) Impact sur les employeurs ou cotisants

Néant

###### c) Impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure obligera le Comité d'alerte, en s'appuyant sur les services de la Direction de la sécurité sociale et de la CNAMTS, à produire une estimation de l'impact de la pandémie sur les dépenses. Des estimations à partir des données épidémiologiques fournies par le réseau Sentinelle et du coût moyen d'un épisode de grippe pour l'assurance maladie semblent la piste présentant le meilleur rapport qualité/coût administratif de cette estimation.

###### d) Impact budgétaire

Néant

###### e) Impact sur l'emploi

Néant

#### V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

##### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Aucun texte d'application nécessaire.

##### 2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

**3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet

**4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

**5. Suivi de la mise en œuvre**

Le comité d'alerte doit obligatoirement rendre un avis avant le 31 mai 2010 et peut le faire tout au long de l'année dès qu'il l'estime justifié.

## **ARTICLE 29**

### **EXONERATION DES EXAMENS DE SUIVI APRES LA SORTIE D'ALD**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Les travaux d'élaboration du second plan cancer (2009-2013) doivent s'achever prochainement. Parmi les mesures de ce plan, il est prévu de mettre en œuvre de nouvelles actions sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer », qui constitue l'un des cinq axes de ce plan. Les études montrent en effet que plus de 60 % des cancers sont curables ; ce taux étant même supérieur pour certaines localisations (notamment thyroïde, testicule, sein, mélanome de la peau, leucémies de l'enfant). Ces perspectives de guérison impliquent de préparer et d'accompagner l'après cancer. Une des actions du futur plan cancer prévoit donc de "se doter de critères médicaux relatifs à la sortie d'affection longue durée (ALD) et prendre les mesures nécessaires pour assurer le financement d'une surveillance médicale régulière après la sortie d'ALD dans les cas où elle reste nécessaire".

Il importe en effet de préparer cet après cancer en qui concerne l'ALD, qui stigmatise les patients en termes d'accès aux crédits ou à l'emploi. Ainsi, le plan prévoit-il des mesures spécifiques pour lever les difficultés d'accès aux assurances, au crédit et à l'emploi dont ces patients font l'objet.

La Haute Autorité de santé (HAS) a rendu en juin 2009 son second avis portant sur les critères médicaux d'admission en ALD, complétant l'avis de décembre 2007, qui propose de réviser les critères d'admission et de sortie des ALD, et où figure la proposition de ne renouveler l'ALD cancer, au-delà de la durée initiale de 5 ans, que lorsqu'il y a nécessité de poursuite d'une thérapeutique lourde ou de prise en charge de séquelles liées à la maladie ou au traitement.

Aussi, afin que la sortie d'ALD ne détériore en rien le suivi médical de ces personnes, l'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessités par le suivi de l'affection doit être assurée. Ces exonérations ne pouvant plus relever du régime des affections de longue de durée (article L. 322-3 3° et 4° du code de la sécurité sociale), il est nécessaire d'introduire un nouveau motif d'exonération du ticket modérateur pour ces examens et actes réalisés après la sortie de l'ALD. Cette modification relève du niveau législatif.

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

La présente disposition vise à prévoir l'exonération, après la sortie d'ALD cancer, des actes médicaux et examens biologiques nécessaires pour la surveillance de la maladie. Cette exonération s'appuiera sur les référentiels de la HAS identifiant les actes médicaux et examens de biologie nécessaires par le suivi post-ALD. La HAS et l'INCA ont commencé à travailler en ce sens en ce qui concerne les 25 cancers les plus fréquents.

Cette mesure ajoute un motif d'exonération à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. En pratique, elle implique d'ajouter une case sur la feuille de soins, à cocher par le médecin pour les actes médicaux ou de créer un nouvel imprimé de prescription « ad hoc » à remplir par le médecin pour les examens biologiques complémentaires.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de le CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ont, les 5, 6 ou 7 octobre, rendu un avis sur le PLFSS.

#### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure relève de la seule compétence des États membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit communautaire et avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

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

a) Possibilité de codification

La mise en œuvre de l'exonération des actes médicaux et examens biologiques pour les patients stabilisés nécessite la modification de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

b) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'Outre-mer

La mesure est applicable dans les quatre DOM, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy ainsi qu'à Saint-Pierre et Miquelon. Elle ne concerne ni Mayotte ni les autres collectivités d'outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Tous régimes	0	P : + 1,3 M€			

La présente mesure concerne les patients qui ne seraient plus en ALD cancer une fois leur maladie stabilisée. On estime à 218 000 le nombre annuel de personnes qui sortiraient de l'ALD, sur 1,8 M de patients en ALD cancer. En effet, la part de population qui serait concernée par la mesure serait de l'ordre de 60 % de la population totale, rapportée à une année sur les cinq ans de durée d'exonération de l'ALD.

Pour ces 218 000 patients, le coût de l'exonération des examens et actes réalisés après la sortie de l'ALD cancer est estimé entre 2 et 9 M€ par an. Cette fourchette s'explique par la variabilité des examens et actes à prendre en charge après la sortie de l'ALD en fonction des types de cancers : la fourchette basse correspond à une consultation de spécialiste par an et la fourchette haute à une consultation de spécialiste, à laquelle s'ajoutent des examens médicaux complémentaires (ex : coloscopie), et/ou de biologie et/ou de radiologie par an. Cette estimation a été réalisée sur la base des actes médicaux et examens nécessaires au suivi des six cancers les plus fréquents.

Pour autant, il convient de souligner que cette mesure n'engendrera pas un surcoût net pour l'assurance maladie. En effet, ces examens de suivi sont généralement pris en charge aujourd'hui dans le cadre du dispositif ALD pour ces patients.

Par ailleurs, il convient de noter que cette mesure qui instaure une telle exonération hors du dispositif des ALD permet également de supprimer les dépenses actuelles concernant les médicaments, actes médicaux et examens de biologie sans lien avec l'ALD cancer qui, faute de contrôle systématique de l'ordonnancier bizona, pouvaient être exonérés au titre de l'ALD. Ces prestations sans lien avec l'ALD ne seront plus remboursées avec la présente mesure. Le RSI estime que les économies réalisées sur les dépenses ALD avec leur système de liquidation *a priori* (LIQMED) s'élèvent à 3 % des dépenses. D'autre part, les dépenses remboursées des patients en ALD susceptibles de sortie peuvent être approximées par le premier décile des dépenses remboursées pour l'ALD cancer, soit 193€. Le montant de l'économie peut donc être évalué à  $3\% \times 193 \text{ €} \times 218\,000 = 1,3 \text{ M€}$ .

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Pas d'impact économique spécifique identifié.

b) impacts sociaux :

La sortie d'ALD cancer pour les personnes concernées est de nature à favoriser le retour à une vie normale et à lever les obstacles qu'entraîne la stigmatisation d'une ALD, notamment en termes d'accès au crédit ou à l'emploi. Cette mesure permet en outre de ne pas détériorer le suivi médical des personnes concernées après la sortie d'ALD cancer et de maintenir l'exonération des actes médicaux et examens de biologie nécessités par le suivi de l'affection.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact



### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

#### a) Impact sur les assurés

Concernant les restes à charge qu'auraient à supporter les personnes qui sortirait du dispositif ALD, ceux-ci sont peu importants puisque les examens nécessités par le suivi de leur affection resteraient pris en charge à 100 %.

Le non-renouvellement de l'ALD cancer pourrait concerner 218 000 personnes par an sur 1,8 M patients en ALD.

#### b) Impact sur la charge administrative

L'exonération des actes médicaux et des examens biologiques pour les patients atteints d'un cancer stabilisé nécessite la création d'un ordonnancier de suivi (en échange de la suppression de l'ordonnancier bizona pour ces patients) ou d'ajouter une case sur le protocole de soins.

#### c) Impact budgétaire :

Cette réforme, ainsi qu'expliqué ci-dessus, n'impacte pas l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie.

#### d) Impact sur l'emploi :

Cette mesure doit permettre de libérer du temps médical aux médecins conseils de l'assurance maladie.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mise en œuvre de l'exonération des actes médicaux et examens biologiques pour les patients stabilisés, une modification législative du L. 322-3 est nécessaire, avec précision par décret en Conseil d'État et décret simple des modalités d'application.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Les assurés sociaux admis au bénéfice des dispositions prévues au L. 322-3 avant l'entrée en vigueur de cette mesure demeureront régis par les dispositions réglementaires applicables avant cette entrée en vigueur pour la durée en cours.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Immédiat.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Outre, l'information des assurés par les médias et par courrier de leur caisse d'assurance maladie, il importe pour la réussite de cette mesure que les associations, *via* la Conférence nationale de santé (CNS), soient associées en amont, afin qu'elles relaient les éléments ayant conduit à ce choix et les mesures d'accompagnement proposées aux personnes concernées. Enfin, les professionnels de santé seront tenus informés par les DAM.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure est-elle couverte par les programmes de qualité et d'efficience pour 2009.

Dans la partie I- données de cadrage :

- Indicateur 2- Montant des dépenses de santé par habitant, en distinguant les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires, les assureurs complémentaires et les assurés.
- indicateur 13 - Effectif annuel de la population admise au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD).

Dans la partie II- Objectifs/résultats :

- indicateur 1-2 Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques.

- indicateur 4-5 Indicateur précisant le respect de l'ordonnancier bizonne.

## Annexe

### Version consolidée de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale

« La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

- 1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- 4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :
  - a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
  - b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- 5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;
- 6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;
- 7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;
- 8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (2) ;
- 9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ;
- 10°) **lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions prévues au 3° du présent article, pour les actes médicaux et examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice des dispositions de ce 3°, pour une durée et dans des conditions déterminées par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;**
- 11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;
- 12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;
- 13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;
- 14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;
- 15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles [222-23](#) à 222-32 et [227-22](#) à 227-27 du code pénal ;
- 16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;

18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. »

## **ARTICLE 30**

### **AMELIORATION DE LA PROCEDURE DE MISE SOUS ACCORD PREALABLE**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La mise sous accord préalable (MAP) des forts prescripteurs d'indemnités journalières (IJ) et de transports a été créée par la loi du 13 août de 2004 relative à l'assurance maladie et étendue à tous les champs de la prescription par la LFSS 2008. Ce dispositif, codifié au L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, permet au directeur d'un organisme local, lorsqu'il constate des volumes de prescription nettement supérieurs à la moyenne régionale pour une activité comparable, de soumettre les prescriptions en cause à l'accord préalable systématique du service du contrôle médical, pour une durée maximum de 6 mois. La mise sous accord préalable sur les indemnités journalières (IJ) a été effectivement mise en place par le régime général en 2006, suivie en 2008 des mises sous accords préalables pour les transports et la kinésithérapie.

Les premières études de la CNAMTS sur les IJ tendent à montrer une réelle efficacité du dispositif puisque les médecins soumis à l'accord préalable conservent des niveaux de prescription très bas, plusieurs mois après la période considérée. Toutefois, le nombre de médecins mis sous accord préalable reste limité en raison de la lourdeur du dispositif tant pour le médecin prescripteur que pour l'organisme d'assurance maladie. En effet, chaque prescription doit faire l'objet d'une communication spécifique par le médecin prescripteur au médecin conseil qui doit apporter un avis médical dans un délai très contraint et organiser les échanges d'information entre les services administratifs et médicaux de l'organisme pour assurer une liquidation conforme aux avis rendus. (MAP IJ : 44 en 2006, 159 en 2007, 146 en 2008 pour une économie totale estimée à 47,7 M€ ; les MAP transport et kinésithérapie initiées en 2008 concernent respectivement 140 et 150 médecins).

Par ailleurs, la rédaction actuelle du texte tend à favoriser le ciblage des fortes activités uniquement, qui, si elles sont à l'origine des dépenses les plus importantes, ne sont pas nécessairement pour autant celles qui ont les plus mauvaises habitudes de prescription.

Il faut donc améliorer la procédure en l'allégeant dans certains cas et en rendant le ciblage plus efficace. Ces dispositions venant modifier une procédure qui est elle-même légalement prévue en raison de son impact sur l'application des règles d'accord préalable, elles sont nécessairement de nature législative. De plus, comme il sera vu ci-après, le dispositif mis en place imposera la création d'une sanction, indispensable à l'équilibre de la mesure. Or aucune sanction, même administrative ne peut être prononcée sans base légale selon le principe constitutionnel de légalité des peines.

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

a) S'agissant de l'allègement de la procédure, il est préconisé de mettre en place une solution alternative proposée par le directeur et le médecin conseil chef de service au professionnel concerné à l'issue de l'entretien contradictoire précédant la mise sous accord préalable. Cette alternative, réservée au cas où la déviance constatée le permet, consisterait en un objectif de réduction des prescriptions dans un laps de temps donné, la réduction visée devant être réaliste et ne pouvant, en tout état de cause, être inférieure à la moyenne régionale ou départementale de référence. En échange, si le professionnel accepte, la caisse s'engage à réaliser un suivi régulier et personnalisé de ses prescriptions pour l'aider dans l'atteinte de l'objectif. Ce type de mesure est avantageuse tant pour l'organisme que pour le professionnel qui évite les lourdeurs administratives et le risque de fuite de la patientèle.

Si cet objectif n'est pas atteint, le directeur pourra prononcer une pénalité (selon les modalités prévues au L.162-1-14 du code de la sécurité sociale) à l'encontre du professionnel concerné qui serait inversement proportionnelle au degré d'atteinte de l'objectif fixé et limitée à 2 plafonds mensuels de sécurité sociale.

Aucune alternative crédible n'a été identifiée.

b) S'agissant de l'amélioration qualitative du ciblage, il est proposé :

- qu'il se fasse à la fois en volume exprimé en valeur absolue comme aujourd'hui mais aussi rapporté au nombre d'actes remboursés, c'est-à-dire à l'activité ;
- qu'il puisse se faire soit par rapport à la moyenne régionale soit à la moyenne des praticiens exerçant dans la circonscription des CPAM pour permettre la prise en compte de contextes locaux.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ainsi que la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ont, les 5, 6 ou 7 octobre, rendu un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- La mesure relève de la seule compétence des États membres et n'est donc pas une mesure d'application du droit dérivé européen.
- La mesure est compatible avec le droit communautaire tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJCE et de la CEDH.

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

- Possibilité de codification

Les articles L. 162-1-14 et L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale seront modifiés. La version consolidée de ces articles modifiés figure en annexe.

- Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle ne le sera pas à Mayotte et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Tous régimes	0	P : 26	39	46	50

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

Le bilan dressé par l'assurance maladie (communication du 5 mars 2009) de la mise ou accord préalable en 2008 de 146 médecins fait état de 13,3 M€ d'économies sur les indemnités journalières. Les résultats des MAP au titre des prescriptions de transport et kinésithérapie pour 2008 ne sont pas encore connus.

Grâce à ce nouveau dispositif, il est souhaité parvenir au strict minimum à doubler la cible sur les quatre dispositifs de MAP en 2009 : IJ, transports, transports VSL, masso-kinésithérapie.

Toutefois, en prenant l'hypothèse provisoire que les 4 MAP génèrent des économies à peu près équivalentes et en constatant que le rendement des MAP est dégressif, on peut admettre que le doublement de la cible aboutisse seulement à un rendement supplémentaire de 50 % soit :  $13 \text{ M€} \times 50\% \times 4 \text{ MAP} = 26 \text{ M€}$  pour 2010.

Ce chiffrage ne comprend pas l'augmentation de l'effet dissuasif (difficilement quantifiable par nature) auprès des prescripteurs, ni les économies potentielles réalisées sur l'activité des organismes locaux qui deviendra quasiment nulle en cas de MAP par objectif, telle que prévue par la présente mesure. En effet, si une MAP classique est lourde en gestion (cf. I.1), le suivi statistique et l'accompagnement

envisagés lors de la fixation d'un objectif par le directeur représente un coût quasiment nul par comparaison.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Pas d'impact économique spécifique identifié

b) impacts sociaux

Amélioration dans l'accès aux soins des patients consultant un praticien mis sous accord préalable par la suppression de formalités administratives, dès lors que le nouveau dispositif par objectif sera mis en œuvre. En effet, dans une MAP classique, le remboursement de la prestation ou du produit prescrit est conditionné à l'accord du service médical, obligeant l'assuré à attendre l'avis dudit service pour faire réaliser la prestation ou la délivrance en cause.

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés

L'impact est positif : voir le 2. b) ci-dessus.

b) impact sur les employeurs ou cotisants

Aucun

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Chaque application du nouveau dispositif conduira à une baisse de la charge médico-administrative des caisses. Toutefois, la CNAMTS n'a pas quantifié la charge de travail de chacun de ses programmes de contrôles. Dès lors, l'économie ne peut, à ce jour, être valablement quantifiée à ce niveau.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun impact sur les SI

e) impact budgétaire :

Aucun coût

f) impact sur l'emploi :

Aucun emploi nouveau à prévoir.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure nécessite la publication d'un décret en Conseil d'Etat.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Immédiat

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Aucune

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure aidera à l'atteinte des objectifs de l'indicateur 4.6 sur les thèmes de maîtrise médicalisée. En effet, la mise sous entente préalable permet dès aujourd'hui d'infléchir les indemnités journalières et le recours aux transports sanitaires et pourra ensuite impacter tous les items relatifs à la prescription (anxiolitiques, IPP, statines etc...).

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

L'article L. 114-9 prévoit un bilan détaillé de chaque action de contrôle. Par ailleurs, l'article R.147-8, prévoit un bilan annuel détaillé des pénalités financières prononcées. Cet article, modifié dans le cadre du décret n° 2009-982 du 20 août 2009 d'application de l'article 115 de la LFSS pour 2009, prévoit un suivi affiné avec un bilan semestriel au lieu d'un bilan annuel, pour trois ans.



## Annexe

### Version consolidée des deux articles du code de la sécurité sociale modifiés

#### « Article L.162-1-15

I. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural, en cas de constatation par ce service :

1° Du non-respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural ;

2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières, **ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées** significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie **ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie** ;

3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports , **ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées**, significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie **ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie** ;

4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie **ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie** ;

5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation , **ou d'un nombre de telles prescriptions ou réalisation rapporté au nombre de consultations effectuées**, figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie **ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie**. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en oeuvre des dispositions du présent alinéa.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.

II. - Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en conseil d'Etat.

#### Article L.162-1-14

I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie :

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé

mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

II.-La pénalité mentionnée au I est due pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 **ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations, prévu au II du même article;**

7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;

9° Le non-respect par les employeurs des obligations mentionnées aux articles L. 441-2 et L. 441-5 ;

10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

III.-Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

IV.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :

1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;

3° Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur :

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

b) Soit notifié à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V.-La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI.-Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII.-En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;

4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire ;

VIII.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

## ARTICLE 31 REGULATION DES DEPENSES DE TRANSPORTS SANITAIRES

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

##### 1.1. Croissance forte des dépenses de transports depuis 10 ans

Les dépenses de transports de malades ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie, avec un taux d'évolution moyen de près de 8 % par an.

En 2006 et 2007, une action a été lancée pour tenter de modérer cette évolution par une modification des textes<sup>12</sup>, imposant la médicalisation de la prescription de transports et un contrôle des prescripteurs.

Le rythme de progression des dépenses s'est ralenti en 2007 (+5,1 %) et 2008 (+3,6 % en brut soit une évolution de +4,3 % hors franchise), suite aux actions des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), de l'assurance maladie, des établissements et des prescripteurs hospitaliers et libéraux. En particulier, des économies ont été réalisées sur la structure des transports, avec un ralentissement des dépenses liées aux ambulances. Toutefois, il semble nécessaire de relancer de nouvelles actions sur ce secteur car le rythme tendanciel de progression des dépenses augmente de nouveau.

Le début d'année 2009 a été, en effet, marqué par une reprise de la progression soutenue des dépenses de transports, avec une augmentation de 8,2 % fin mai 2009 par rapport à la période janvier-mai 2008. En 2008, 48 % des dépenses de transports ont été prescrites par des médecins exerçant en établissement de santé public ou participant au service public hospitalier. Cette même année, les prescriptions hospitalières de transports ont progressé de 5,3 %.

##### 1.2. Propositions formulées en vue de maîtriser cette évolution

- Un premier volet consiste à rappeler les règles de prescription médicalisée des transports et de renforcer les contrôles. Ainsi, le 15 juin 2009, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports ont annoncé qu'ils souhaitent que soit mis en place un plan permettant de « renforcer les contrôles des gros prescripteurs ». A ce titre, 100 médecins supplémentaires seraient mis sous accord préalable et l'assurance maladie se rendrait dans les 200 hôpitaux qui prescrivent le plus de transports. Ces actions ne relèvent pas d'une mesure législative et sont en cours de mise en œuvre par l'Etat et l'assurance maladie.
- Un second volet d'action consiste à responsabiliser les établissements de santé sur l'évolution de leurs propres dépenses de transports.

La CNAMTS a ainsi proposé dans son rapport de juillet 2009 sur l'évolution de ses produits et charges : « *La responsabilisation des prescripteurs hospitaliers devrait être favorisée par la signature de contrats entre les CPAM et les établissements de santé sur leurs prescriptions de transports. Ces contrats définiraient des taux cibles d'évolution des prescriptions et les conséquences financières de leur dépassement ou de leur respect.* [Proposition 8] »

Sur la base de cette proposition et sur le modèle du taux national fixé en matière de liste de médicaments en sus (article 47 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009), il est proposé de fixer un taux national d'évolution des dépenses de frais de transport des établissements de santé et de sanctionner les établissements dont la prescription dépasserait ce taux. Sur la base de ce taux national, les agences régionales de santé (ARS) pourront définir les établissements de santé dont les dépenses de santé ne sont pas maîtrisées. Elles pourront alors décider de conclure avec ces établissements un contrat sur les transports en lien avec l'assurance maladie. Ce contrat comporterait alors, notamment, un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé

<sup>12</sup> Décret n°2006-1746 du 23 décembre 2006 et circulaire n°DHOS/F4/DSS/1A/2007/330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées au transport des patients.

annuellement par avenant et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescriptions de transports.

Afin de favoriser de nouveaux partenariats permettant un tel mécanisme contractuel, la mobilisation du cadre législatif des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CRAQCOS) créés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. L. 1435-4 CSP) est opportune. Ces contrats permettent en effet l'octroi d'une contrepartie financière aux établissements signataires, ce qui est un bon cadre de motivation<sup>13</sup>.

En revanche, seule l'intervention du législateur peut rendre obligatoire la conclusion d'un CRAQCOS et permettre les sanctions associées afin de prévoir qu'en cas de refus de la part de l'établissement ou de non respect des objectifs qui lui seront assignés, l'ARS facture à celui-ci une fraction du montant de ses dépenses de transports.

- Un troisième volet d'actions vise à promouvoir une organisation plus efficiente des transports, en permettant de privilégier le transport partagé, avec les véhicules les plus adaptés. Ce volet fait l'objet d'un groupe de travail avec la profession et l'assurance maladie piloté par le ministère de la santé et d'une mission du Conseil général des établissements de santé. Certaines orientations pourraient être expérimentées dès 2010, par une modification de l'article 64 de la LFSS 2008 relatif aux expérimentations en matière de gestion des dépenses de transports liés à aux prescriptions hospitalières. La nouvelle rédaction proposée par le Gouvernement permet aux établissements de santé de contractualiser avec les entreprises de transports sanitaires afin de mettre en place une meilleure régulation des transports extra-hospitaliers. Les gains attendus de cette expérimentation sont aussi de favoriser la mise à disposition du patient, lorsqu'il ne peut se déplacer par lui-même ou grâce à ses proches, du type de véhicule le plus adapté à son état en application de la prescription médicalisée. Cela permettra de favoriser ainsi une gestion plus fluide des sorties d'hospitalisation et de produire des économies liées au développement du transport partagé en véhicule sanitaire léger.

## 2. Présentation des options d'action possibles et des mesures retenues

### **2.1. Promotion de l'efficience des dépenses de transports**

La mesure retenue s'inscrit dans un plan d'action plus général de maîtrise des dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie. Un plan d'action global Etat/CNAMTS (dont les objectifs pourraient être intégrés au contrat Etat/UNCAM pluriannuel de gestion du risque mentionné à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale) accompagnerait cette mesure, ainsi qu'une circulaire préparée par la DHOS à l'attention des établissements de santé et visant à renforcer la maîtrise médicalisée des dépenses.

L'objectif de ce plan serait de revenir à une progression tendancielle des dépenses de transports de 5,7 % (prévision 2009) à 4 % en 2010 puis à 3 % en 2011, soit une économie potentielle par rapport à la tendance actuelle de près de 150 M €.

La mesure se développerait en **trois étapes** :

- 1<sup>ère</sup> étape (nationale)

Au début de chaque année N, une analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport est conduite sur l'évolution des prescriptions de transport; l'Etat, sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation et chaque année, arrête un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe des dépenses de soins de ville (transports interne ou inter-hospitaliers exclus) ;

- 2<sup>ème</sup> étape (régionale)

A la fin de l'année N, les Agences régionales de santé (ARS), conjointement avec l'assurance maladie examinent l'évolution annuelle des dépenses de transport générées par les prescriptions des établissements de santé de leur ressort au regard :

- de l'analyse nationale menée ;

---

<sup>13</sup> Article L. 1435-4 du code de la santé publique: « (...) La contrepartie financière est financée par la dotation régionale qui est déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du même code. (...) ».

- des référentiels et recommandations médico-économiques élaborés par la CNAMTS et validés par la HAS ;
- du taux prévisionnel d'évolution qui a été arrêté par l'Etat ;
- d'une liste d'indicateurs d'efficacité et de résultats dont le contenu est précisé par arrêté, sur la base d'une construction élaborée par la CNAMTS en lien avec la HAS.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L.321-1, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.

Ce contrat-type sera ensuite décliné pour chacun des établissements de santé déviants avec des objectifs spécifiques associés selon la situation de leurs dépenses de transports et de leurs pratiques en matière de prescription. Les contrats ont donc vocation à être conclus en début d'année N+1.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

- 3<sup>ème</sup> étape (régionale)

Bilan et suivi de l'état de réalisation des objectifs fixés dans les CRAQCOS (fin N+1, fin N+2 et fin N+3)

Lors de chaque bilan annuel, les ARS, conjointement avec l'assurance maladie examinent l'évolution annuelle des dépenses de transport de ces établissements.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

## **2.2. Expérimentation de modes d'organisation et de gestion plus efficiente des transports prescrits par les établissements de santé**

Il est proposé de modifier la base législative permettant d'ores et déjà de mener de telles expérimentations. L'article 64 de la LFSS 2008 permettant de mener de telles expérimentations pendant 5 ans s'avère en effet complexe à mettre en œuvre, notamment du fait de son impact sur la participation des patients aux frais de transports.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ont rendu, les 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

La première mesure proposée se traduit par la création d'un nouvel article L. 322-5-5 au sein du code de la sécurité sociale (voir annexe).

La deuxième mesure n'est pas codifiée, comme consistant en une réécriture de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (voir annexe).

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Néant, la base législative permettant les expérimentations faisant l'objet d'une nouvelle rédaction.

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Elle ne le sera pas à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Mayotte et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impacts financiers

Cette mesure vise à réguler le champ des prescriptions de transport sanitaire et donc à en diminuer l'essor.

Il sera fixé un objectif de limitation du taux de progression de la dépense à 4 % en 2010, soit la moitié du taux annuel moyen actuellement observé, puis de 3 % en 2011.

Compte tenu des montants remboursés en 2008, qui s'élevaient à près de 3,1 Md€ tous régimes confondus, l'économie serait de l'ordre de 55 M€ en 2010 et de 150 M€ en 2011. Le montant 2011 comprend à la fois le différentiel de taux d'évolution (3 % vs. 5,7 %) et le différentiel de base (puisque les dépenses auront déjà évolué de 4 %, et non de 5,7 %, en 2010).

<u>Organismes impactés</u> (régime, branche, fonds)	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
CNAMTS		Objectif de baisse de l'augmentation des dépenses : 4 %, soit 55 M€	Objectif de baisse de l'augmentation des dépenses : 3 %, soit 150 M€		

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

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques :

Il est attendu une meilleure affectation de la ressource de transports permettant une régulation économique d'un secteur fortement inflationniste.

b) Impacts sociaux :

Cette mesure permettra une meilleure adéquation entre le type de transport choisi et les besoins du patient.

c) impacts sur l'environnement :

Cette mesure devrait conduire à la diminution des émissions carbone par une rationalisation des transports.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés : démarches à faire ?....

Néant

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Néant

c) impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

- Implication de l'Etat : fixation d'un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport ;
- Implication de la CNAMTS : réalisation de l'analyse annuelle portant sur l'évolution des frais de transport ; le cas échéant, suivi et conclusion avec l'ARS, d'un plan d'action avec les établissements ; mise en œuvre et recouvrement du montant des éventuelles sanctions prises à l'encontre des établissements ;
- Implication des ARS et des CPAM : suivi des dépenses de transport au niveau régional et le cas échéant, suivi et conclusion avec la CNAMTS, d'un plan d'action avec les établissements ;
- Implication des établissements de santé : les établissements de santé seront amenés à prendre toute mesure nécessaire à une meilleure régulation de l'organisation et de la dépense en matière de transports sanitaires. cette dynamique devra les amener à rationaliser la planification des sorties d'hôpital et leurs ressources humaines internes.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Les établissements de santé seront amenés à rationaliser davantage les procédures de sortie de soins, ce qui nécessitera un perfectionnement des systèmes d'informations dans le sens d'une plus grande régulation en aval des soins.

e) impact budgétaire :

La centralisation et la rationalisation de la régulation des transports sanitaires en aval des soins peuvent permettre des gains de productivité au sein des établissements de santé.

f) impact sur l'emploi :

Les ressources humaines devront être redéployées selon les besoins recensés.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un arrêté annuel fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport devra être pris sur la base de l'étude réalisée par la CNAMTS et de l'avis (obligatoire) du Conseil de l'Hospitalisation.

Compte tenu du délai nécessaire à la réalisation de l'étude et au recueil de l'avis du Conseil, et afin de conserver la cohérence globale de la campagne budgétaire, cet arrêté sera pris en mars 2010.

Un décret en Conseil d'Etat précisant les modalités d'application et de mise en œuvre du dispositif devra également être pris. Il sera publié au cours du premier trimestre 2010.



## **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

## **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Il est prévu de mettre en place progressivement le dispositif en 2010 à compter de la parution des textes.

## **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Action de communication préalable à mener auprès des établissements de santé et des représentants des transporteurs sanitaires.

## **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

Si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socio économique, efficacité) ?

Une analyse annuelle et nationale sera faite par la CNAMTS. Un suivi régional conjoint sera assuré par les ARS et la CNAMTS.

Le cadrage de ce suivi sera donné par une circulaire ministérielle.

## Annexe

### 1° Insertion d'un article L.322-5-5 dans le code de la sécurité sociale

Texte actuel	Article législatif
Néant	<p data-bbox="770 456 1034 488"><u>Article L.322-5-5.CSS</u></p> <p data-bbox="770 501 1453 685"><b><u>Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.</u></b></p> <p data-bbox="770 698 1453 1128">« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L.321-1, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.</p> <p data-bbox="770 1142 1453 1236">« Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :</p> <p data-bbox="770 1249 1453 1375">« 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;</p> <p data-bbox="770 1388 1453 1451">« 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.</p> <p data-bbox="770 1464 1453 1621">« En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.</p> <p data-bbox="770 1635 1453 1944">« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.</p> <p data-bbox="770 1957 1453 2020">« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été</p>

	<p>réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.</p> <p>« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »</p>
--	---

**2° Modification de l'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008**

Texte actuel	Article législatif
<p>« De nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports de patients prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux <i>b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent être expérimentés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans. Les frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation sont mis à la charge des établissements expérimentateurs. La part de ces frais prise en charge par l'assurance maladie est financée par dotation annuelle. Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code, la participation de l'assuré aux frais de transports, calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du même code, est versée aux établissements de santé concernés.</p> <p>« Le montant des charges supportés par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférente aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est prise en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-13 et L. 174-1-1 du même code.</p> <p>« Dans un délai de trois mois suivant la publication de la présente loi, les missions régionales de santé fixent la liste des établissements de santé devant entrer dans le champ de cette expérimentation.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation ».</p>	<p>« Art. 64. - De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.</p> <p>« Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.</p> <p>« Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.</p> <p>« Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.</p> <p>« Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° ... du ...), les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.</p> <p>« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.</p> <p>« Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport transmis au Parlement. »</p> <p>III. - Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.</p>

## **ARTICLE 32**

# **REPORT DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE INTERSECTORIELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE A 2018 ; IDENTIFIER LES SOINS EFFECTUES DANS LES HOPITAUX ETABLIS HORS DE FRANCE ET OUVERTURE D'UNE POSSIBILITE DE PRISE EN CHARGE DIRECTE DE CES SOINS**

### **1<sup>ERE</sup> PARTIE – REPORT DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE INTERSECTORIELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE A 2018**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

L'aboutissement du processus de convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé avait été initialement fixé en 2012. Ce processus de convergence, orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale (*i.e.* établissements de santé privés à but lucratif), doit être réalisé dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges.

D'ores et déjà, des résultats ont été constatés en termes de rapprochement tarifaire. Sur la base de l'activité du secteur public, l'écart facial public / privé a ainsi été réduit de 10 points entre 2008 (37 %) et 2009 (27 %)<sup>14</sup> du fait de la mise en place de la version 11 de la classification et du changement de périmètre des tarifs lors de la campagne tarifaire 2009, lié, notamment, au transfert des financements de la permanence des soins hospitalière et de la prise en charge des patients en situation de précarité par les tarifs vers la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Afin de disposer de résultats d'études robustes éclairant les écarts de coût entre secteurs hospitaliers mais également en raison du contexte financier, et donc de la question de la soutenabilité pour les établissements antérieurement financés par dotation globale (hôpitaux publics et établissements à but non lucratifs) des ajustements induits, le gouvernement a souhaité que le calendrier de convergence soit adapté pour permettre aux établissements de réaliser les gains d'efficacité attendus et que l'objectif de convergence soit reporté en 2018. Cette mesure a été annoncée lors du débat sur la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

Pour tenir compte des fortes contraintes induites sur les établissements antérieurement financés sous dotation globale, mais également afin de permettre la finalisation des études nécessaires à l'objectivation, l'analyse et la quantification des écarts de coûts (permanence des soins hospitalière non médicale, écart de rémunération des personnels non médicaux, impact de l'activité non programmée, etc.), il est donc proposé d'introduire un délai supplémentaire pour l'achèvement du processus de convergence tarifaire inter sectorielle. Ce délai supplémentaire sera mis à profit pour poursuivre les travaux dont l'ampleur ne peut être négligée, à l'image de l'étude sur l'activité non programmée qui nécessite d'analyser l'ensemble du processus de soins des établissements.

Parallèlement à ce report, afin de ne pas interrompre le processus de convergence, des rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 sur quelques dizaines de GHS pour une économie de 150 millions d'euros. Afin de proposer un scénario de convergence « ciblée » cohérent par rapport à la poursuite des études d'objectivation des écarts de coût, il convient de procéder à une analyse fine des activités qui pourraient être soumises à ce rapprochement. En effet, il n'est pas envisageable à ce jour de rapprocher l'intégralité des deux échelles tarifaires. Il faut donc définir un périmètre limité d'activités et de surcroît parfaitement « isolables » en termes de surcoûts structurels, un des risques de cette approche étant, en effet, lié au fait qu'une majeure partie de ces surcoûts est répartie sur l'ensemble des activités prises en charge par un établissement.

<sup>14</sup> Rapport au Parlement sur la convergence tarifaire inter sectorielle, 2009.

Les travaux en cours visent à cibler des activités qui sont réalisées dans les deux secteurs selon les quatre critères cumulatifs suivants :

- de manière significative par les deux secteurs,
- jugées comme médicalement similaires (même catégorie de gravité de patients),
- dans des conditions de pratiques médicales et de prise en charge très semblables.

Devraient notamment être concernées en 2010 plus particulièrement les activités de chirurgie ambulatoire et de chirurgie légère.

Il convient également de rappeler que le périmètre des tarifs n'est pas le même dans les deux secteurs. C'est tout particulièrement le cas du financement des honoraires médicaux qui est en sus des tarifs des GHS dans le secteur privé commercial. Une convergence ciblée devra donc tenir compte de l'ensemble des éléments de rémunération des prestations de soins.

Le calendrier de la convergence tarifaire intra sectorielle est maintenu et son achèvement reste prévu pour 2012. A lui seul, il impose un effort de restructuration important pour certains établissements de santé (cf. rapport au Parlement sur la convergence inter sectorielle, 2009).

Le VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, qui instaure le processus de convergence et précise la date d'aboutissement de ce même processus doit donc être modifié.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et l'UNCAM ont, 5, 6 ou 7 octobre, rendu un avis sur le PLFSS.

### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

La mesure est compatible avec le droit communautaire.

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

- a) Codification

Non, il s'agit de modifier un dispositif transitoire : le VII de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (voir annexe)

- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable aux quatre DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, à Mayotte et aux autres collectivités d'Outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

La rédaction actuelle du VII de l'article 33 de la LFSS pour 2004 précise que les tarifs de chaque secteur sont fixés, pour les années 2005 à 2012, en tenant compte du processus de convergence, lequel est orientée vers les tarifs du secteur privé. Il s'ensuit que l'écart tarifaire doit se réduire progressivement sans pour autant aboutir à un tarif unique pour les deux secteurs, car la loi prévoit que le processus de convergence doit « être achevé dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs ». La réduction de cet écart, qui est de

27 %, en 2009, ne peut qu'avoir un impact positif sur le niveau des dépenses de l'assurance maladie mais elle impose, symétriquement, un effort de productivité très important aux établissements de santé publics et privés à but non lucratif.

L'évaluation de l'impact dépendra des travaux à venir qui permettront de déterminer l'ampleur des écarts de tarifs non justifiés. Toutefois, elle induit un report sur une période plus longue des économies attendues par une convergence orientée vers les tarifs du secteur privé et permet un étalement dans le temps de l'effort à produire par les établissements du secteur public.

Le rapport sur la convergence remis en Parlement en 2008 développe ce point en sa page 18 : « Il faut souligner que l'évolution du tarif, dès lors qu'elle est inférieure à celle des charges consécutives à des contraintes exogènes pour les établissements de santé, conduit à un effet de restructuration fort du secteur public. Un tel constat met en évidence l'ampleur de l'effort à réaliser pour le secteur public dans le double objectif de la convergence intersectorielle pour 2012 et du plan de redressement des comptes de l'assurance maladie. »

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) Impacts économiques :

Non

b) Impacts sociaux :

Une mesure de convergence tarifaire orientée vers les tarifs du secteur privé, dans l'état actuel des écarts tarifaires, ne serait pas sans incidence sur l'emploi dans les établissements de santé du secteur public du fait de l'effort d'économies qui serait nécessaire de réaliser en parallèle pour préserver l'équilibre général des comptes. .

c) Impacts sur l'environnement

Non

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) Impact sur les assurés

Non

b) Impacts sur les employeurs ou cotisants

Non

c) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure a un impact sur les établissements publics de santé.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non

e) Impact budgétaire :

Non

f) Impact sur l'emploi :

Une mesure de convergence tarifaire orientée vers les tarifs du secteur privé, dans l'état actuel des écarts tarifaires, ne serait pas sans incidence sur l'emploi dans les établissements de santé du secteur public du fait de l'effort d'économies qui serait nécessaire de réaliser en parallèle pour préserver l'équilibre général des comptes. .

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaire et du délai prévisionnel de leur publication**

La mise en œuvre de ce dispositif ne nécessite pas de texte d'application.

### **2. Existence de mesures transitoires**

La mesure envisagée s'insère dans un dispositif transitoire : l'article 33 loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée qui définit le régime de mise en place de la tarification à l'activité.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès la publication de la présente loi.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information nécessaire sera réalisée sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

### **5. Suivi de la mesure**

La mesure fait l'objet d'un suivi dans le cadre des travaux sur la convergence tarifaire qui donnent lieu au dépôt d'un rapport annuel au Parlement. Ces travaux conduisent à réunir à échéance régulière les professionnels du secteur de l'hospitalisation (fédérations d'établissements) autour de l'Etat, de la CNAMTS et de l'Agence technique de l'information hospitalière dans le cadre d'instances de concertation dédiées (comité de pilotage sur la convergence, comités techniques).

## Annexe

### Version consolidée de l'article de la LFSS pour 2004 modifié

Texte actuel	Article législatif
<p><u>VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</u></p> <p>VII.-Pour les années 2005 à 2012, outre les éléments prévus au II de l'article <a href="#">L. 162-22-9</a> du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012.</p> <p>A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.</p>	<p><u>VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</u></p> <p>VII.-Pour les années 2005 à <b>2018</b>, outre les éléments prévus au II de l'article <a href="#">L. 162-22-9</a> du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en <b>2018</b>. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en <b>2018</b>.</p> <p>A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent.</p>



2<sup>NDE</sup> PARTIE : IDENTIFIER LES DEPENSES DE SOINS EFFECTUES DANS LES  
ETABLISSEMENTS DE SANTE ETABLIS HORS DE FRANCE ET PRIS EN CHARGE PAR UN  
REGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS D'ASSURANCE MALADIE/ ORGANISATION DE LA  
POSSIBILITE DE PRISE EN CHARGE DIRECTE DE CES SOINS

## **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Actuellement, les textes ne prévoient pas le cas où des assurés sociaux d'un régime français résidant et exerçant leur activité en France et tombant malade sans avoir quitté la France, seraient soignés dans un hôpital étranger, en substitution d'un hôpital français.

Les cas de soins dispensés à des assurés d'un régime français tombés malade hors de notre territoire par un hôpital situé au sein de l'Union européenne font l'objet d'un règlement entre caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) dans le cadre de l'application des règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale.

La France a entrepris de signer des accords relatifs aux soins transfrontaliers avec ses voisins : accord cadre entre la France et l'Allemagne du 22 juillet 2005, accord cadre entre la France et la Belgique du 30 septembre 2005, accord cadre entre la France et l'Espagne le 27 juin 2008, convention en cours de finalisation entre la France et la province de Catalogne.

Cette dernière convention a prévu que pour le remboursement des soins effectués à l'hôpital catalan qui va être construit à Puigcerdá, la prise en charge de soins se ferait selon les principes d'une prise en charge ordinaire comme dans un établissement de santé français.

Il est nécessaire d'adapter notre droit interne à ce type d'accord.

D'autre part, il faut comptabiliser dans une ligne spécifique de l'objectif national des dépenses de santé (ONDAM) le sous objectif des dépenses de soins dans des établissements de santé pour des patients relevant d'un régime français de sécurité sociale pris en charge dans des hôpitaux, notamment transfrontaliers, installés hors du territoire de France.

Enfin, il convient de donner une base légale au paiement qu'effectuera une CPAM, en tant que « caisse pivot », à l'hôpital situé sur le territoire d'un autre Etat pour les patients relevant d'un régime français de sécurité sociale.

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

S'agissant de patients relevant d'un régime de sécurité sociale français, il est donc proposé de donner à l'assurance maladie française la faculté de traiter le remboursement de leurs dépenses de soins dans les mêmes conditions et selon les mêmes principes que s'ils avaient été soignés dans un hôpital français, et d'en tirer les conséquences :

- en comptabilisant dans une ligne spécifique (le sous objectif de l'ODAM), les dépenses de soins des patients relevant d'un régime français obligatoire de sécurité sociale pris en charge dans des hôpitaux installés hors du territoire de France ;

- en donnant une base légale au paiement qu'effectuera une CPAM, en tant que « caisse pivot », à un hôpital situé sur le territoire d'un autre Etat pour tous les patients concernés relevant d'un régime français de sécurité sociale.

Ces deux dispositions sont du domaine de la loi : la définition du contenu des sous objectifs de l'ONDAM relève d'une disposition législative ; la création d'une « caisse pivot » déroge à la définition législative des compétences des caisses primaires d'assurance maladie.

En l'espèce, il s'agira, en première application de ces nouvelles dispositions, de faciliter l'adaptation des moyens hospitaliers du plateau cerdan qui est une zone montagneuse, relativement isolée et dont l'accès vers la plaine du Roussillon (deux heures de route jusqu'à Perpignan) est difficile lorsque les conditions climatiques sont rigoureuses.

Le choix fait et résultant du SROS Languedoc Roussillon est d'accélérer la fermeture de service ou d'établissements inadaptés aux besoins et permettre l'accès à la population du plateau cerdan à un hôpital situé en Espagne.

La CPAM de Perpignan remplira le rôle de « caisse pivot » pour les patients relevant d'un régime français d'assurance maladie pris en charge dans cet hôpital.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, du RSI et de l'UNCAM, ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

Le projet est réalisé sur la base de la constitution d'un groupement européen de coopération transfrontalière. Il répond aux objectifs de coopération encouragés par l'Union européenne et rend très concrète « l'Europe des citoyens » dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale.

Toutefois, le remboursement des soins n'interviendra pas dans les conditions des règlements communautaires de coordination des systèmes de sécurité sociale en UE-EEE-Suisse n°1408/71 et n°574/72, mais selon les principes d'une prise en charge ordinaire comme dans un établissement de santé français.

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

#### a) Codification

La mesure conduira à la modification de l'article L.174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'ajout d'un article L.174-2-1.

#### b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure ne concerne pas les collectivités d'Outre mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

Il n'y a pas de dépenses supplémentaires à attendre par rapport à la situation actuelle.

En effet, jusqu'à la mise en service de l'hôpital de Puigcerdà, les patients de la Cerdagne se déplacent à Perpignan pour se faire soigner. La mise en service de cet hôpital évitera ces déplacements, ce qui diminuera les coûts de transports sanitaires à la charge de l'assurance maladie.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

#### a) Impacts économiques :

La mise en place d'un hôpital de proximité améliorera les conditions de vie et donc l'attractivité de la zone géographique concernée.

#### b) Impact sociaux :

La mise en place d'un hôpital de proximité garantira l'accessibilité et la qualité des soins.

#### c) Impacts sur l'environnement :

Une diminution des transports sanitaires entre la Cerdagne et Perpignan est attendue de cette mesure.

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

#### a) Impact sur les assurés

Accès facilité pour des assurés sociaux relevant d'un régime français à des soins dans un hôpital espagnol, sans formalités particulières.

#### b) Impacts sur les employeurs ou cotisants

Non

c) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Le projet de texte prévoit de donner compétence à une caisse primaire d'assurance maladie française pour rembourser les soins à un hôpital étranger.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Il sera très faible.

e) Impact budgétaire :

Non significatif.

f) Impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaire et du délai prévisionnel de leur publication**

Arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour la désignation de la caisse pivot compétente pour l'hôpital de Puigcerdá, à publier avant la mise en service de l'établissement (prévue mi-2012).

### **2. Existence de mesures transitoires**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès la mise en service de l'hôpital de Puigcerdá.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'Agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon assurera l'information des intéressés.

### **5. Suivi de la mesure**

L'ARS Languedoc Roussillon et la CPAM de Perpignan seront chargées de la mise en œuvre et de son suivi.

## Annexe

### Version consolidée de la partie modifiée du code de la sécurité sociale

Texte actuel	Texte modifié
<p>Article L174-1-1</p> <p>Modifié par <a href="#">LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 53</a></p> <p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés à <a href="#">l'article L. 174-1</a> ;</p> <p>1° bis Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à <a href="#">l'article L. 162-22-16</a> ;</p> <p>3° Les activités des unités de soins de longue durée ;</p> <p>4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte.</p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, <a href="#">L. 174-5 et L. 174-15</a> et de celles fixées en application des <a href="#">articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique</a>.</p> <p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le</p>	<p>Article L174-1-1</p> <p>Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :</p> <p>1° Les activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé mentionnés à <a href="#">l'article L. 174-1</a> ;</p> <p>1° bis Les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;</p> <p>2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à <a href="#">l'article L. 162-22-16</a> ;</p> <p>3° Les activités des unités de soins de longue durée ;</p> <p>4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;</p> <p>5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p> <p>6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;</p> <p><b>7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné, ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet Etat.</b></p> <p>Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, <a href="#">L. 174-5 et L. 174-15</a> et de celles fixées en application des <a href="#">articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique</a>.</p> <p>Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p> <p>Le montant de cet objectif est constitué en dotations</p>

<p>montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>
	<p><b>Article nouveau</b></p> <p><b>« Art. L. 174-2-2. - Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application des accords mentionnés à ce 7°.</b></p> <p><b>« Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »</b></p>

## **ARTICLE 33**

### **FRAIS DE TRANSPORTS DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

L'application conjuguée de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et des nouveaux textes précisant les modalités de remboursement des frais de transports par l'assurance maladie s'est traduite par des difficultés de prise en charge des transports des personnes adultes handicapées accueillies en établissement, et principalement celles admises en accueil de jour dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

Les conditions générales de prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie sont prévues par les articles L. 322-5 et R. 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Sont pris en charge les frais de transport des assurés ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer soit vers des structures de soins pour recevoir des soins ou subir les examens appropriés, soit pour se soumettre à un contrôle médical.

Le décret en Conseil d'Etat du 23 décembre 2006 a précisé les conditions de prise en charge des transports. Le choix par le médecin du mode de transport prescrit doit être médicalisé, en fonction de l'importance des déficiences et incapacités, et de leurs incidences. Un référentiel de prescription des transports, opposable aux médecins et aux assurés, a été fixé, à l'issue d'une longue concertation, par l'arrêté du 23 décembre 2006.

L'article 12 de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé la prestation de compensation du handicap. Le troisième des cinq éléments qui composent cette prestation prend en charge les surcoûts liés aux transports des personnes handicapées ne relevant pas des articles L. 322-5 et R. 322-10 du CSS. Ces surcoûts pris en compte doivent résulter de transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés, et sont plafonnés à 12 000 € pour 5 ans, soit 200 € mensuels.

Or, les travaux conduits dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale du handicap du 10 juin 2008 ont montré que l'élément "frais de transports" de la PCH n'était pas adapté à toutes les situations individuelles. En effet, les montants versés au titre de cet élément sont insuffisants dans le cas de transports médicalisés ou quotidiens. Par ailleurs, la prise en charge des transports sur une base individuelle engendre une très faible mutualisation des transports, là où, parfois, plusieurs trajets pourraient être groupés sans pour autant remettre en cause la qualité du transport.

Dans les faits, certaines personnes handicapées ou leurs familles se sont vues exposées à des restes à charges importants. Il a donc été demandé aux caisses d'assurance maladie, à titre dérogatoire, de maintenir les prises en charges existantes et de continuer à financer aux côtés des conseils généraux les frais de transports en accueil de jour.

Afin d'apporter une réponse structurée à cette question, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été chargée de piloter un groupe de travail pour proposer, sur la base d'une enquête, un dispositif rénové et pérenne d'organisation des transports et de prise en charge des frais afférents, qui permette de prendre en compte à la fois la totalité mais aussi la diversité des situations vécues par les familles et les personnes handicapées.

Les préconisations immédiates du groupe portent sur l'intégration, à court terme, des frais de transports dans le budget soins des établissements accueillant en externat ou semi-internat (autrement appelés « accueil de jour ») des adultes lourdement handicapés en MAS et FAM. Il est en effet apparu que les cas les plus problématiques étaient liés aux situations où les retours à domicile étaient quotidiens, même si les retours en famille, pour les personnes en internat classique, peuvent engendrer des coûts supérieurs à la couverture financière par la PCH.

Sur le modèle de celui qui a été retenu pour la prise en charge des transports des enfants handicapés entre domicile et établissements adaptés (article L. 242-12 du code de l'action sociale et des familles),

il est nécessaire de donner une base légale à cette intégration, dans la mesure où il s'agit de créer une nouvelle catégorie de dépenses intégrées dans le budget soin des établissements médico-sociaux concernés.

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

Le dispositif proposé est basé sur les propositions du groupe de travail sur les frais de transport piloté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Composé de représentants des associations représentant les personnes handicapées, de représentants des départements et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), de directeurs d'établissement et d'associations gestionnaires d'établissements, de représentants de services déconcentrés de l'Etat (DDASS) et des administrations centrales concernées (DGAS et DSS) ainsi que de représentants de la CNAMTS et de la CCMSA, le groupe s'est réuni à 7 reprises entre le 2 mars et le 2 juillet 2009.

Ce travail s'est appuyé sur deux enquêtes :

- une enquête auprès des associations et MDPH pour analyser les attentes et besoins, en termes de transport, des personnes handicapées et repérer, notamment, les situations difficiles pour lesquelles la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation ou du projet individuel se heurte à une problématique des frais de transport ;
- une enquête auprès des DDASS, conseils généraux, établissements et services médico-sociaux et caisses d'assurance maladie pour analyser les réponses actuelles apportées en termes de transport, aux personnes handicapées, et notamment les coûts de transport, les pratiques des financeurs, les modalités de prise en charge des frais de transport et leur évolution, les restes à charge, les moyens de transport mobilisés et les bonnes pratiques transposables.

Afin de limiter le reste à charge pour l'usager et sa famille, trois options principales ont été étudiées dans le cadre du groupe de travail piloté par la CNSA :

- un dé plafonnement au cas par cas de la PCH ;
- le remboursement individuel par les CPAM des frais présentés par l'usager ou sa famille ;
- une intégration des charges au budget de fonctionnement de l'établissement.

L'intégration des charges de transport au budget des structures, en ce qu'elle permet au directeur d'organiser ces transports, est de nature à permettre l'optimisation des coûts individuels et collectifs et la mise en place, le cas échéant, d'une mutualisation des transports entre résidents.

Cette intégration ne peut toutefois être réalisée que progressivement, dans la mesure où des dispositions d'accompagnement en matière d'aide à l'organisation des transports doivent également être mises en œuvre. C'est la raison pour laquelle l'intégration sera réalisée en 2010 pour les seuls accueils de jour en MAS et FAM, pour lesquelles l'absence de prise en charge des transports conduit, de fait, à une impossibilité d'accéder au service et qui constituent la situation la plus urgente à régler, compte tenu de la fréquence des trajets et de l'importance des coûts associés. L'année 2010 sera mise à profit pour affiner les conditions d'une intégration des frais de transport dans les budgets des établissements pour les autres modes d'accueil.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la caisse nationale du RSI et de la CCMSA ont été saisis pour avis de cette mesure.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

Cette mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

Cette mesure ne soulève pas de problème de compatibilité avec le droit européen.

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

### a) Codification

Oui. Création d'un nouvel article L. 344-1-2 au sein du code de l'action sociale et des familles (voir annexe)

### b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Cette mesure s'appliquera aux établissements concernés (maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisé) qui sont implantés dans les départements d'outre mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion) à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

L'impact financier est estimé à 18 millions d'euros sur l'année 2010, pour les seuls résidents en MAS et FAM en accueil de jour.

<b>Impact sur l'ONDAM</b>	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P ou R*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
ONDAM soins de ville et Fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie		- 18 M€ (R)	-18 M€		
ONDAM médico social		18 M€ (R)	18 M€		

\* **P** pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle si mise en œuvre différée (faire apparaître l'impact éventuel sur plusieurs organismes)

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

#### a) Impacts économiques

Cette mesure devrait contribuer à une meilleure régulation du secteur des transports destinés aux personnes handicapées. Elle pourrait notamment permettre le développement des transports adaptés. Elle encourage les gestionnaires d'établissements à mutualiser les transports, en lieu et place d'un système actuel de remboursement de transports individuels.

#### b) Impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Cette mesure favorise une meilleure inclusion sociale des personnes handicapées, en permettant le développement effectif de l'accueil de jour, modalité de prise en charge qui préserve le mieux les liens de la personne handicapée avec la famille et son entourage.

#### c) Impacts sur l'environnement

La mesure devrait avoir un impact positif sur l'environnement, dans la mesure où elle encourage les gestionnaires d'établissements à développer les transports partagés, en lieu et place d'un système actuel qui privilégie le remboursement de transports individuels.

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

#### a) Impact sur les assurés



Simplification des démarches pour les usagers et leur famille qui n'auront plus besoin de rechercher eux-mêmes un transporteur et de négocier les tarifs. Simplification également liée à la disparition des démarches individuelles jusqu'ici nécessaires pour obtenir la prise en charge des frais de transport.

b) Impacts sur les employeurs ou cotisants

Pour les gestionnaires de MAS et FAM disposant d'un agrément pour accueil de jour : nouvelle charge de gestion, relativement limitée dans la mesure où les capacités d'externat ou de semi-internat sont le plus souvent de petites unités rattachées à la structure principale.

c) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Les impacts sur les administrations publiques sont très faibles : intégration du forfait dans le cadre des négociations budgétaires entre services déconcentrés de l'Etat et établissements.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non

e) Impact budgétaire :

Non

f) Impact sur l'emploi :

Non

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaire et du délai prévisionnel de leur publication**

Une circulaire de présentation de la mesure sera publiée au cours du premier trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Il convient de recenser au niveau national l'offre effective d'accueils de jours en MAS et FAM, ainsi que les projets financés mais non installés, afin de notifier de manière précise aux ARS les crédits correspondants à leur équipement.

En outre, les établissements concernés doivent s'organiser pour mettre en place cette nouvelle responsabilité, contacter les transporteurs et travailler avec les familles pour mettre en place, le cas échéant, de nouveaux modes de transports.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information des établissements comportant des places en accueil de jour sera réalisée par les ARS à l'aide de la circulaire précitée. L'information des personnes handicapées elles-mêmes sera réalisée par les MDPH et par les établissements d'accueil.

### **5. Suivi de la mesure**

Par référence aux modes de transport actuels, organisés par les familles qui également dans le cadre du troisième élément de la PCH peuvent bénéficier de l'aménagement du véhicule habituellement utilisé par la personne handicapée, un comparatif sera à suivre par les ARS, sur les sujets suivants : coûts, temps passé dans les transports, adaptation au type de handicap, reste à charge pour l'utilisateur ou insuffisance budgétaire.

## **ARTICLE 34**

### **MONTANT DES CONTRIBUTIONS DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE AUX AGENCES REGIONALES DE SANTE AU TITRE DE L'EXERCICE 2010**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

L'article L. 1432-6 du code de la santé publique, tel que créé par l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, prévoit que les ressources des agences régionales de santé sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'Etat ;

2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

4° Des ressources propres, dons et legs ;

5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

**Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale. »**

Il conviendrait donc, aux termes de cette disposition, de fixer les montants de ces contributions dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010.

Cependant, compte tenu de l'avancement des travaux pour fixer le montant des contributions, il semble toutefois raisonnable de déroger pour la seule première année à cette obligation législative et de prévoir que le montant de la contribution pour 2010 soit fixé par voie réglementaire

Il convient également de mentionner la participation exceptionnelle en 2010 des régimes obligatoires d'assurance maladie aux dépenses d'installation des ARS.

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

Normalement, la LFSS doit fixer annuellement un montant global correspondant aux contributions de l'assurance maladie aux ARS, qui sera ensuite réparti selon des dispositions à définir au niveau réglementaire, la loi n'ayant pas pour vocation de fixer les dotations de chaque ARS, ni la répartition de la contribution entre régimes d'assurance maladie.

Pour l'année 2010, cette participation comprend une dotation exceptionnelle aux dépenses à caractère non pérenne pour l'installation aux ARS (formation, aide à la mobilité, systèmes d'information, aménagements immobiliers, etc.). Cette dotation fait l'objet d'un rattachement par voie de fonds de concours, seul dispositif permettant un pilotage national pour maîtriser la répartition et l'échéancier de ces dépenses.

D'autre part, la contribution de l'assurance maladie prend en compte les dépenses correspondantes aux effectifs transférés de l'assurance maladie aux ARS et des crédits de fonctionnement afférents, actuellement retracés dans le fonds national de gestion administrative de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), de la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) et de la caisse centrale du régime de la mutualité sociale agricole (CCMSA). L'évaluation de cette contribution nécessite la réalisation d'un inventaire précis des personnels à transférer aujourd'hui répartis dans les différents organismes concernés (URCAM, CRAM, directions régionales du service médical, caisses du RSI et de la MSA), tant en nombre d'emplois qu'en niveaux de rémunération, et des postes de dépenses impactés s'agissant des dépenses de fonctionnement.

Cette contribution sera également abondée par une partie des crédits des fonds de prévention des trois caisses nationales, la loi prévoyant que l'ARS attribue ces crédits qui restent par ailleurs définis

par les trois conventions d'objectifs et de gestion qui lient trois caisses nationales sus-évoquées à L'Etat.

Enfin, la loi du 21 juillet 2009 prévoit que la création effective des ARS peut être reportée jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010. Les contributions de l'assurance maladie pourraient n'être versées que pour une partie de l'année 2010.

Compte tenu des incertitudes actuelles sur le montant nécessaire au fonctionnement des ARS en 2010, il semble donc préférable de renvoyer à un arrêté la fixation du montant de la contribution.

S'agissant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cette contribution sera résiduelle, sachant qu'il n'y a ni transfert de personnel, ni transfert de compétence entre cette caisse nationale et les ARS.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA et de la caisse nationale du RSI ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Non, s'agissant d'une mesure transitoire.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

La mesure concerne le périmètre d'implantation des ARS, soit la métropole, les quatre DOM et Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Celui-ci ne couvre pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte, et les autres collectivités d'outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

La mesure étant purement juridique, elle est neutre financièrement. La contribution de l'assurance maladie, recouvrant une mesure de périmètre entre les régimes d'assurance maladie et les ARS, sera elle-même également neutre. Il s'agit de transferts d'enveloppes budgétaires de l'assurance maladie aux ARS qui aura pour contrepartie une baisse équivalente des dépenses des régimes.

La création des ARS pourrait, par ailleurs, permettre des gains liés notamment à la mutualisation de certaines fonctions.

S'agissant de la CNSA, l'impact sera mineur.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)		Economie ou recette supplémentaire (signe +)		
	2009 (rectificatif)	2010	2011	2012	2013

Régimes d'assurance maladie		Sans objet			
-----------------------------	--	------------	--	--	--

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Absence d'impact.

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Absence d'impact.

c) impacts sur l'environnement

Absence d'impact.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Néant.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Néant.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Le transfert a des conséquences sur la gestion budgétaire des organismes concernés, ainsi que sur la situation des personnels transférés (modification du contrat de travail).

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Néant.

e) impact budgétaire :

Néant.

f) impact sur l'emploi :

Néant.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure nécessite la prise d'un arrêté. L'échéance de publication de ce texte dépendra de la date de création effective des ARS.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Néant.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un **Programme de qualité et d'efficacité (PQE)** annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non pertinent.

## **ARTICLE 35**

### **DOTATION ANNUELLE DU FIQCS, DU FMESP, DE L'ONIAM ET DE L'EPRUS**

1<sup>ERE</sup> PARTIE : DOTATION DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITE ET LA COORDINATION DES SOINS (FIQCS)

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

##### **1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention**

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et rassemblant dans un même dispositif financier le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a vocation à accroître l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Ses missions sont de contribuer au financement :

- du développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;
- des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde ;
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;
- des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé ;
- de la mise en œuvre du dossier médical personnel et, notamment, du développement d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

Le décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 a fixé l'entrée en vigueur du FIQCS au 1<sup>er</sup> juillet 2007.

La gestion du fonds est assurée au niveau national par le Conseil National de Gestion (CNG), qui définit et gère les orientations stratégiques et la dotation du FIQCS, et par le Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins (CNQCS), qui délibère sur proposition du CNG<sup>15</sup>. Au niveau régional, les Conseils Régionaux de la qualité et de la coordination des soins (CRQCS) décident de l'attribution des aides financières au titre du FIQCS. Les MRS, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007, assurent le secrétariat des instances du FIQCS en région.

Les ressources du Fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

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

La présente mesure a donc pour objet de fixer le montant de ce Fonds pour 2010.

Pour 2010, il est proposé de fixer le montant des recettes du FIQCS à 228 M€.

Le montant du plafond de dépenses du fonds est proposé à 340 M€, montant en augmentation de 20 M€ par rapport à celui de 2008.

Cette proposition permet à la fois :

- de lisser les excédents issus de l'ancien fonds FAQSV (144 M€ fin 2008),
- de doter les ARS de 20 M€ de marges supplémentaires afin de mettre en place les volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), de financer les contrats pluri- annuels

<sup>15</sup> Il délibère sur proposition du CNG, sur les orientations stratégiques, la part du fonds affecté au financement d'expérimentations et la dotation nationale et régionale.. Il élabore le rapport d'activité annuel.

d'objectifs et de moyens (CPOM) ambulatoires ainsi que les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

Ce budget de 340 M€ est estimé à partir des éléments suivants :

- Une dotation nationale à 80 M€ (75,7 M€ en 2009) comprenant :

- Une provision de 60 M€ pour faire face au financement des projets de l'ASIP, en particulier le DMP,
- Un montant de 4,5 M€ provisionné pour la mise en œuvre des expérimentations nationales relatives à l'organisation des soins en premier recours. Ce montant apparaît nécessaire, compte-tenu des réflexions en cours sur l'organisation des soins de proximité et la mise en place des ARS. Il est complété par une provision de 5 M€ pour le volet 2010 du financement de l'engagement ministériel sur les 100 maisons de santé pluri professionnelles supplémentaires annuelles.
- Un montant de 5 M€ pour permettre la poursuite des expérimentations du bureau du CNQCS (5,6 M€ en 2009),
- L'accompagnement du développement des maisons d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre du plan présidentiel soins palliatifs, soit 1,5 M€,
- Le projet de réseau des centres de référence « Maladies rares » pour 1,2 M€,
- La rémunération des bénéficiaires du nouveau contrat d'engagement de service public prévu par le projet de loi hôpital, patients, santé et territoire à hauteur d'1,8 M€,
- Une estimation de 1 € pour frais de gestion, d'évaluation des politiques du FIQCS et de construction de son système d'information.

Un budget des dotations régionales en augmentation de 18,5 M€, estimé à 260 M€ qui couvre notamment :

- Le financement à hauteur de 20 M€ du soutien à la mise en place, par les ARS, d'organisations des soins de premier recours (financement de la coordination des soins dans les MSP, les centres et pôles de santé, financement d'actions prévues par les CPOM ambulatoires ou les CAQCS),
- Le besoin de financement des réseaux de santé estimé à 175 M€, du fait :
  - o des besoins de financement liés à l'effet report (engagements de l'année n-1 à honorer l'année n) ;
  - o des besoins de financement liés à l'impact des plans de santé publique (soins palliatifs, nutrition, addictions, cancer, gérontologie, maladies chroniques), qui prévoient tous un volet de développement des réseaux de santé (+ 21 M€) ;
- Le financement de l'implantation des maisons médicales de garde et de dispositifs de régulation médicale (15 M€) ;
- des projets d'expérimentation des bureaux CRQCS ramenés à 25 M€, ce qui correspond à leur niveau de dépenses depuis deux ans ;
- le financement d'autres actions visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires : 1 M€.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ont rendu, les 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant qui relève de la compétence des Etats membres.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer un montant annuel du Fonds, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FIQCS intervient dans les quatre départements d'outre-mer à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'Outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> (régime, branche, fonds)	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> (rectificatif)	<b>2010</b> P ou R*	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régimes obligatoires de l'assurance maladie		-			

##### 2. Impacts économiques,

Non

##### 3. Impacts sociaux

Non

##### 4. Impacts environnementaux

Non

##### 5. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés

Sans objet

b) impact sur la charge administrative

Aucun impact, la mesure est gérée avec les moyens existants.

c) impact budgétaire :

Aucun impact

d) impact sur l'emploi :

Aucun impact

#### V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

##### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure est d'application directe. La répartition entre les régimes d'assurance maladie fait l'objet d'un arrêté rétroactif pris en année n+1 pour l'année n.

##### 2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

##### 3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Les dotations du FIQCS sont gérées en régions par les missions régionales de santé et des nouvelles Agences régionales de santé (ARS) à partir de 2010.

#### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

#### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

Le financement des nouveaux projets et le renouvellement de financement dans le cadre du FIQCS sont très encadrés et s'effectuent sur la base d'un cahier des charges et des résultats d'audit et d'évaluation. Les réseaux de santé sont ainsi évalués tous les trois ans conformément au décret du 2 décembre 2002 et la politique nationale d'évaluation mise en œuvre par la circulaire du 2 mars 2007.

Par ailleurs, le CNG du FIQCS du 4 juillet 2008 a renforcé la politique d'évaluation des réseaux de santé autour de 5 grands axes : coordination des soins, qualité et sécurité des soins, couverture de la population cible dans le territoire de santé, efficacité médico-économique, satisfaction des patients. Les indicateurs ont été définis par un groupe d'experts composé des URCAM, des ARH, des DRSM de la CCMSA et des réseaux de santé. Ils visent, en complément de l'évaluation interne, à apprécier l'atteinte des objectifs des réseaux de santé fixés par la convention de financement. Les résultats de cette évaluation sont rapportés dans le rapport d'activité du FIQCS.



2<sup>EME</sup> PARTIE : DOTATION ANNUELLE DU FONDS POUR LA MODERNISATION  
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES (FMESPP)

**I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le FMESPP prend en charge les dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire (GCS) au moyen de subventions ou d'avances remboursables dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soins.

Le FMESPP prend également en charge les dépenses d'investissement liées à des actions de modernisation des systèmes d'information des établissements de santé.

En outre, le volet « ressources humaines » du FMESPP permet de financer, d'une part, les actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, d'autre part, l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

Enfin, le FMESPP prend en charge les coûts de fonctionnement de certaines missions (Missions T2A / ATIH). Pour 2010, la loi HPST prévoit le transfert des budgets des missions nationales d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) dans le cadre de la création de la future agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière (ANAP). A partir de la publication de la convention constitutive de cette agence, le budget 2009 de ces deux missions financées par le FMESPP est donc transmis à l'ANAP, et à compter de 2010, le FMESPP n'aura plus vocation à prendre en charge le financement de ces deux missions.

L'ensemble des besoins et opérations de modernisation financés par des crédits FMESPP conduit à évaluer les besoins pour 2010 à hauteur de 288,95 Md€ en dépenses. Ces besoins sont couverts à la fois par les moyens ouverts en LFSS, soit 264M€, et par la mobilisation de crédits du FMESPP ouverts au titre d'années antérieures pour le solde.

Cette évaluation des besoins se décompose de la manière suivante :

*1. Le volet Ressources humaines (55 M€)*

Il est proposé de relancer le financement des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'engagement du Gouvernement « *pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique* » annoncé le 7 mai 2009 aux partenaires sociaux de la fonction publique et en particulier de la mise en place du nouveau plan "*santé au travail*" pour la période 2010-2014 annoncé par le ministre chargé du travail le 30 avril 2009 lors de l'installation du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

S'agissant de l'enveloppe aides individuelles, l'extension des aides individuelles du FMESPP aux établissements privés à but non lucratif, ainsi que l'évolution croissante des besoins de financements pour soutenir les actions de modernisation et de restructurations des établissements de santé conduisent à un accroissement de cette enveloppe.

*2. Le volet investissement (208,61 M€)*

Il comprend :

- Hôpital 2012 : Ce montant comprend la tranche 2010 des aides relatives aux opérations d'investissement immobilières mais également celles relatives aux systèmes d'information hospitaliers conformément au plan de financement pluriannuel élaboré par la DHOS ;
- PRISM : Il s'agit de la dernière année de cette mesure du plan santé mentale destinée à soutenir l'investissement pour accompagner l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie, notamment en modernisant les locaux et en adaptant ceux-ci à des nouvelles modalités d'hospitalisation ;
- Création des unités hospitalières (UHSA) : Dans le cadre du plan santé mentale, la création de 17 UHSA d'une capacité de 705 lits en deux tranches a été retenue. La première tranche de travaux concernant 9 unités de 440 lits a débuté en 2007. La seconde tranche de 8 unités de 265 lits est prévue pour 2010-2011. Le financement des travaux de construction de la première tranche, à

l'exception des frais liés à la sécurisation, sera assuré par deux sources de financement pour la période 2008-2011 :

- des aides en capital du FMESPP ;
  - des aides en fonctionnement en crédits ONDAM destinées à compenser les coûts liés au recours à l'emprunt des établissements publics concernés.
- Reconstruction de l'hôpital de Saint Pierre et Miquelon
  - Plan douleur : Une des mesures du programme de lutte contre la douleur 2006-2010 est l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients. Il s'agit donc de financer par le FMESPP les projets de rénovation et de réaménagement des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
  - La création d'unités de soins de suite et de rééducation (SSR) Alzheimer : Il s'agit de financer des structures hospitalières adaptées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. En effet, le plan Alzheimer 2008-2012, prévoit l'identification de 120 unités de 10-12 lits. Ces unités sont identifiées au sein de structures SSR préexistantes à orientation polyvalente ou gériatrique, publiques et privées. A partir de 2010, les nouvelles unités identifiées seront financées, en année pleine, sur l'ODAM hors USLD pour les crédits de fonctionnement et sur le FMESPP pour les crédits d'investissement.
  - Equipements spécifiques pour les personnes obèses dans les unités de soins longue durée (USLD) et SSR;
  - Les aides diverses en investissement pour les systèmes d'information hospitaliers - SIH. Il s'agit de crédits destinés à couvrir les coûts de fonctionnement et d'équipements des SI d'établissements de santé (SIH Plan maladies rares, Coordination nationale et mise en commun d'outils dans les Centre de référence IOA, ....).

### 3. Le volet actions de modernisation (21,69 M€)

Il s'agit de poursuivre le financement en 2010 de la migration vers ANTARES d'environ 50 SAMU, le renouvellement des équipements de téléphonie (autocommutateur), et le financement de systèmes d'information permettant une connaissance de l'offre de soins (Répertoire Opérationnel des Ressources).

Diverses actions de modernisation et de restructuration en faveur des établissements de santé sont prévues : la gestion des risques, les accords de bonnes pratiques hospitalières, la poursuite de la mise en place des répertoires métiers dans le cadre de projets de gestion prévisionnel des métiers et des compétences (GPMC) tels qu'initiés en 2007

### 4. Le volet budget des missions hôpital (3,65 M€)

Le financement du budget de la mission MT2A et de l'ATIH est quasiment reconduit à l'identique par rapport à 2009.

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

Il n'y a pas d'autres options possibles, la fixation d'une dotation annuelle du FMESPP est de la compétence du législateur.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA, de la caisse nationale du RSI et de l'UNCAM ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

Elle relève de la compétence propre des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen (cf. infra : impact économiques). Il s'agit en outre d'aides intervenant dans le champ de la santé.

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

a) Possibilité de codification

Non, il s'agit d'une dotation annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Cf. 2, a.

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

Les établissements de santé des quatre DOM, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy et de Saint-Pierre et Miquelon sont éligibles aux aides du FMESPP dans les mêmes conditions que les établissements métropolitains. Les établissements de santé de Mayotte et des autres collectivités d'Outre-mer ne sont pas concernés.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

<b>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P ou R*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régimes obligatoires d'assurance maladie		264 M €			

Il s'agit d'une dotation annuelle financée par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Les aides au titre du FMESPP sont attribuées au terme de procédures d'appel à projet transparentes, et qui concernent les établissements publics comme privés. Elles n'ont donc pas d'impact défavorable sur les équilibres concurrentiels.

Le FMESPP constitue un moyen d'intervention à même d'assurer la relance économique, notamment dans le secteur de la construction.

b) impacts sociaux

Le FMESPP a notamment vocation à traiter des difficultés sociales engendrées par les restructurations d'établissements (cf. mesures d'aide à la mobilité professionnelle, aux formations) et à permettre aux établissements d'améliorer les conditions de travail.

c) impacts sur l'environnement

Néant

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Néant

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Néant

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Les modalités de gestion du FMESPP sont stabilisées (notamment conventions, systèmes d'information et moyens humains) et n'impliqueront pas d'évolution majeure pour les différentes administrations, organisme ou caisse de sécurité sociale responsables (ministère de la santé, ARH puis ARS, Caisse des dépôts et consignations, ACOSS).

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Cf. réponse supra.

e) impact budgétaire :

Cf. réponse supra.

f) impact sur l'emploi :

Cf. réponse supra.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Les textes d'application relatifs au FMESPP existent déjà. Des circulaires peuvent être diffusées à l'occasion de la création ou de l'évolution d'un nouveau dispositif (ce qui n'est pas prévu en 2010 à ce stade).

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Mise en œuvre immédiate après entrée en vigueur de la loi.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS. Les différents programmes financés par le FMESPP font l'objet de dispositifs d'évaluation propres.

### 3<sup>EME</sup> PARTIE : DOTATION ANNUELLE DE L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX (ONIAM)

#### I. PRESENTATION DE LA MESURE

##### 1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est financé par une contribution de la branche Assurance Maladie du régime général pour sa mission relative à l'indemnisation des accidents médicaux.

En application du 1° de l'article L 1142-23 du code de la santé publique, elle est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

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

La présente mesure a donc pour objet de fixer le montant de cette dotation pour 2010.

Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'office ont été de 70 Md€ par an de 2002 à 2004 et de 30 Md€ en 2005.

Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'est apparue nécessaire au vu des dotations déjà votées, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant à 200 Md€ fin 2005 et à 165 Md€ fin 2006.

Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 Md€, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 M€.

Pour 2009, la dotation s'est élevée à 117 Md€, le fonds de roulement étant de 76 Md€ fin 2008 et prévu à hauteur de 35 Md€ fin 2009.

L'activité du premier semestre 2009 conduit l'ONIAM à anticiper, fin 2009, un total de dépenses (y compris celles liées aux accidents vaccinaux financées par une dotation Etat), de 107 Md€ (au lieu de 141 millions prévus dans le budget 2009) et un fonds de roulement égal à 102 Md€ (au lieu de 35 Md€ prévus dans le budget 2009).

Aussi, compte tenu des prévisions de dépenses (hors dépenses liées à l'indemnisation du VHC) pour 2010 évaluées à 122 Md€ par l'ONIAM et du montant du fonds de roulement fin 2009, il est proposé de fixer la dotation à 70 Md€.

#### II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Le conseil de la CNAMTS et le conseil d'administration de l'ACOSS ont rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

#### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

L'ONIAM intervient dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthelemy. Il ne concerne pas les autres collectivités d'outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régime Général, branche maladie		-70			

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

Sans objet

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

Sans objet

## **V PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure est d'application directe.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

Dans le rapport d'activité de l'Office figurent les délais de traitement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les délais moyens de présentation d'une offre par l'ONIAM, le nombre d'offres faites ainsi que l'évolution du nombre des dossiers en stock.

## I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Compte tenu de l'apparition du nouveau virus de grippe A/H1N1 et des mesures gouvernementales qui en ont découlée, la programmation 2009 de l'EPRUS a été intégralement revue afin de tenir compte des coûts d'acquisition des produits de santé et des dépenses entraînées par la mise en place de la campagne vaccinale destinés à protéger la population.

Le déroulement de l'épidémie de grippe A/H1N1 entraînant une faible visibilité sur les sorties des stocks afférents rend difficile l'ajustement de la programmation des crédits 2010 de l'EPRUS. Néanmoins, d'importantes opérations de logistique restent à prévoir pour début 2010, des acquisitions au titre du NRBC sont également prévues ainsi que l'acquisition de vaccins contre le méningocoque B (MenBVac). La programmation prévisionnelle de l'EPRUS en 2010 s'élève à 87,2 Md€.

Compte tenu de cette nouvelle programmation, des 43,5 Md€ de subvention pour charge de service publique qui sera versée par l'État en 2010 et afin de respecter l'obligation de financement à parité État – Assurance maladie, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS nécessaire pour l'année 2010 est de 44 Md€.

La fixation des dotations dont bénéficie l'EPRUS est de la compétence du législateur.

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

L'établissement ne dispose pas de ressource autre que les dotations de l'État et de l'Assurance maladie et ses reports de crédit des années antérieures seront insuffisants pour couvrir le besoin 2010.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de la CNAMTS, de la CCMSA et de la caisse nationale du RSI ont, le 5, 6 ou 7 octobre, rendu un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

Sans objet.

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

a) Possibilité de codification

Non, s'agissant de la fixation d'une dotation annuelle.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

L'EPRUS couvre outre la métropole, les quatre DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas Saint-Pierre-et-Miquelon, Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

## **1. Impact financier**

<b>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P ou R*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régimes obligatoires d'assurance maladie		- 44			

La programmation 2010 de l'EPRUS s'élève 87,2 M€. Les grandes catégories de dépenses sont les suivantes :

- Épidémiologie et fin d'épidémie de grippe A/H1N1 : 30 M€
- NRBC : 11,7 M€
- Logistique, transport, destruction, recyclage : 15,5 M€
- Stockage : 15 M€,
- Investissement : 3 M€.
- Autres frais (fonctionnement, réserve sanitaire) : 12 M€

Cette programmation est susceptible d'être révisée en fonction de l'évolution de l'épidémie de grippe A/H1N1 et des mesures sanitaires mises en place pour y répondre d'ici à la fin 2009.

Compte tenu des 43,5 Md€ de subvention pour charge de service publique 2010 qui sera versée par l'État à l'EPRUS le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'EPRUS est donc fixé, pour l'année 2010, à 44 Md€.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques :

Aucun.

b) impacts sociaux :

Aucun.

c) impacts sur l'environnement :

Aucun.

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés :

Aucun.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Aucun.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Aucun impact sur la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun.

e) impact budgétaire :

Aucun.

f) impact sur l'emploi :

Aucun.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**



**1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Aucun.

**2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

**3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Aucun.

**4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

**5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

## **ARTICLE 38**

### **REFORME DES MAJORATIONS DE DUREE D'ASSURANCE POUR ENFANT**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La Cour de cassation a jugé, dans un arrêt du 19 février 2009, que le dispositif actuel de majoration de durée d'assurance de deux ans prévu par l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale n'était pas compatible avec l'article 14 de la convention européenne des droits de l'homme qui interdit les discriminations.

En interprétant la loi dans un sens compatible à la norme internationale supérieure, le juge a donc étendu cette majoration aux hommes. Ceci aboutit à la fois à une dénaturation du dispositif, qui perd sa fonction compensatrice des écarts de carrière liés aux enfants, et induit potentiellement une charge financière insurmontable pour les comptes de la branche retraite (la majoration actuelle représente une dépense annuelle de l'ordre de 5 Md€ pour le régime général).

Il est donc nécessaire à la fois de sauvegarder le dispositif et d'effectuer les ajustements permettant d'assurer sa compatibilité avec les contraintes jurisprudentielles nouvelles.

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

Plusieurs options ont été examinées (2.1) avant que le Gouvernement ne retienne finalement le remplacement de l'avantage actuel de 8 trimestres par une majoration de 4 trimestres attribuée à raison de la grossesse et de l'accouchement et une majoration de 4 trimestres attribuée au titre de l'éducation de l'enfant (2.2).

###### **2.1 – Les options d'actions possibles.**

1/ L'extension pure et simple de la majoration aux hommes (soit par modification de la loi, soit implicitement par le statu quo) aurait été à la fois inéquitable et inenvisageable compte tenu de la situation financière de la branche retraite : cette extension aurait présenté un coût pour cette branche de l'ordre de 2 Md€ par an en 2012 et 9 Md€ en 2040.

2/ Le partage à parts égales de la majoration entre hommes et femmes (les uns et les autres bénéficiant donc d'une majoration d'un an par enfant) aurait remis en cause la vocation compensatrice de la MDA et aurait induit des pertes importantes de durée d'assurance chez les femmes, notamment celles qui sont proches de l'âge de la retraite.

3/ L'octroi d'une majoration de huit trimestres fondée sur l'accouchement n'aurait nullement résolu la difficulté juridique soulevée par le juge en maintenant un avantage jugé par lui excessif au regard du but recherché. En outre, cette solution n'aurait nullement prémuni contre une extension du dispositif aux hommes, le juge conservant en tout état de cause la faculté d'écarter la loi nationale au regard du droit international en cas de disproportion entre l'avantage octroyé et le but visé.

###### **2.2 – La mesure retenue.**

Elle vise à corriger les incidences sur la carrière professionnelle de deux événements : d'une part la grossesse et l'accouchement et d'autre part l'éducation du jeune enfant. Elle consiste ainsi à remplacer la majoration de durée d'assurance actuelle de 8 trimestres accordée à raison de l'éducation par deux majorations de durée d'assurance :

- une majoration de durée d'assurance de 4 trimestres accordée à raison de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement, attribuée à la mère ;
- une majoration de durée d'assurance de 4 trimestres accordée au couple à raison de l'éducation de l'enfant avant le 4ème anniversaire de sa naissance ou de son adoption.

Les modalités d'application de cette seconde majoration seront différentes selon la date de naissance de l'enfant :

1° pour les enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, cette majoration reste réservée à la mère, sauf si le père établit, dans un délai déterminé à compter de la publication de la loi<sup>16</sup>, qu'il a élevé seul l'enfant dans les quatre années qui ont suivi sa naissance ou son adoption ;

2° pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les parents auront la faculté de répartir librement entre eux cette majoration. Leur décision devra être exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse dans les 6 mois suivant le 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant ou de son adoption. En cas de silence du couple, celui-ci sera réputé avoir décidé implicitement d'attribuer la totalité des trimestres à la mère. S'il y a désaccord du couple sur le bénéficiaire, la majoration sera attribuée à celui des deux parents qui établira avoir contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue ou, en cas d'égalité, partagée par moitié entre les parents.

Le champ d'application de cette seconde majoration allouée à raison de l'éducation ne sera pas circonscrit au père et à la mère biologiques de l'enfant. En bénéficieront en effet également :

- les personnes qui adoptent un enfant mineur et l'élèvent pendant au moins 4 ans. Une majoration spécifique de quatre trimestres est également créée au titre de l'accueil de l'enfant adopté et des démarches préalables à l'adoption et attribuée dans des conditions de procédure similaires à celles instituées pour la seconde majoration ;

- les personnes qui se sont vu confier la garde de l'enfant par une décision de justice prise sur le fondement des articles 375-3 (2°) et 377 du code civil (par suite, par exemple, du décès des parents) sous réserve qu'elles l'aient alors élevé pendant au moins deux ans avant son quatrième anniversaire.

A l'inverse, un certain nombre de situations emporteront l'exclusion du bénéfice de la mesure pour le parent concerné :

- retrait de l'autorité parentale avant le quatrième anniversaire de l'enfant ou de son adoption ;

- absence d'affiliation de l'assuré pendant une durée minimale de deux ans.

Des dispositions de coordination s'appliqueront lorsqu'au titre du même enfant, l'un des parents aura droit à l'une au moins de ces deux nouvelles majorations de durée d'assurance auprès du régime général (ou d'un régime prévoyant ces mêmes avantages) et l'autre à des périodes d'assurance attribuées à raison de l'accouchement, de l'adoption ou d'une interruption d'activité auprès d'un régime spécial.

Il est enfin prévu que les trimestres alloués à raison de ces deux nouvelles majorations ne pourront être pris en compte pour apprécier le droit à partir en retraite avant 60 ans : si les périodes de grossesse et d'accouchement et celles d'éducation d'enfants en bas âge peuvent en effet avoir des incidences négatives sur le déroulement de carrière qu'il importe de compenser, elles ne correspondent pas à des périodes d'activité pouvant justifier un départ anticipé.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions s'appliquera aux pensions prenant effet à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010 et ayant fait l'objet d'une demande déposée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Elles s'appliqueront aussi dans les régimes de retraite de base des professions libérales et des avocats, où aucune majoration de durée d'assurance à raison des enfants n'existe aujourd'hui, et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de CNAVTS, de la CCMSA, et celui de la caisse nationale du RSI ont rendu, le 5, 6 ou 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

Elle relève de la seule compétence des Etats membres. En effet, les avantages accordés en matière de retraite aux personnes qui ont élevé des enfants n'entrent pas dans le champ d'application de la directive 79/7 sur l'égalité entre les sexes dans les régimes légaux de sécurité sociale.

---

<sup>16</sup> Un an pour tous ceux dont l'enfant aura déjà fêté ses 4 ans.

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

La mesure est compatible avec le droit communautaire car celui-ci permet aux Etats membres d'exclure, du champ d'application de la directive 79/7 sur l'égalité entre les sexes dans les régimes légaux de sécurité sociale, les avantages accordés en matière de retraite aux personnes qui ont élevé des enfants.

Elle est aussi compatible avec la CEDH : la majoration allouée à raison de la grossesse et de l'accouchement est en rapport avec la perturbation sur la carrière liée à cette période ; la majoration liée à l'éducation fait l'objet d'une attribution par les deux parents d'un commun accord et les cas de désaccords au sein du couple sont réglés sur la base de critères objectifs.

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

a) Possibilité de codification

Articles L. 351-4, L. 351-5, L. 643-1-1 et L. 723-10.-1-1 du code de la sécurité sociale (voir annexe)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les dispositions d'application de la majoration de durée d'assurance actuelle, définies à l'article D. 351-1-7 du code de la sécurité sociale et par le décret d'application de l'article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, seront abrogées ou remplacées par de nouvelles dispositions.

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

La mesure est applicable dans les quatre DOM, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle sera également applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle ne concerne pas Mayotte et les autres collectivités d'Outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

A court terme, la mesure ne devrait pas avoir d'impact financier. Des simulations réalisées à partir de modèles de micro-simulation (Prisme /CNAV et Destinie 2/INSEE) ont permis d'estimer un coût nul lié à la réforme jusqu'en 2015-2020. L'impact de la mesure à long terme peut aussi être considéré comme *a priori* neutre mais, dépendra du choix opéré par les couples.

La réforme proposée permet de prévenir un alourdissement des dépenses de la branche retraite évalué à 2 Md€ en 2012 et 9 Md€ en 2040.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) Impacts économiques

Le bénéfice des majorations de durée d'assurance n'étant en l'espèce pas subordonné à cessation ou réduction d'activité, elles évitent l'éloignement du marché du travail, ce qui a un effet potentiellement favorable sur le taux d'activité des parents.

b) Impacts sociaux

La majoration de durée d'assurance constitue un élément essentiel de la politique familiale : sa préservation vise donc tant à maintenir une compensation de l'impact des charges liées aux enfants sur les carrières qu'à constituer un élément de soutien à la natalité.

Elle constitue aussi la contrepartie des incidences potentiellement négatives, sur l'emploi ou le déroulement de carrière, de la grossesse et de la charge éducative des enfants.

On rappellera en effet qu'au même titre que la charge éducative, qui affecte le plus souvent les mères alors que les salariés voient plutôt leur carrière s'améliorer dès lors qu'ils deviennent pères<sup>17</sup>, la grossesse peut avoir en effet des incidences négatives sur l'emploi ou le déroulement de carrière des

<sup>17</sup> Voir notamment : le 6ème rapport du Conseil d'orientation des retraites, pages 77 à 80 ; « Inflexion des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance d'enfants » publié en décembre 2007 dans la revue de la CNAF « Recherches et Prévisions ».

femmes. Il ressortait ainsi d'une étude réalisée par la HALDE, en mars 2009<sup>18</sup>, que 28 % des femmes ayant été enceintes pendant leur vie active ont eu le sentiment d'être victimes de discrimination sur leur lieu de travail en raison de leur grossesse : 16 % pour l'obtention d'un poste à responsabilité, 13 % dans le travail au quotidien, 13 % pour obtenir une augmentation, 10 % pour accéder à une formation et 6 % au moment d'un licenciement ou d'une embauche. Cette situation a d'ailleurs largement motivé l'adoption de dispositions protectrices des mères ou futures mères en droit du travail et en droit communautaire<sup>19</sup>.

c) Impacts sur l'environnement

Néant

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) Impact sur les assurés :

Pour la majoration de durée d'assurance allouée à raison de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement, seules les femmes pour lesquelles les régimes ignorent qu'elles ont eu des enfants (accouchement avant de débiter l'exercice d'une activité professionnelle) devront les en informer (production du livret de famille ou d'un extrait d'acte de naissance lors de la liquidation de la pension).

Pour la majoration allouée pour l'éducation, la situation sera différente selon que l'enfant est né avant 2010 ou, au contraire, durant les années suivantes.

Si l'enfant est né ou a été adopté avant 2010, aucune démarche nouvelle ne s'imposera aux mères par rapport à aujourd'hui : elles demeurent pleinement attributaires du droit hors le cas où le père peut prouver, dans le délai d'un an suivant la publication de la loi de financement de la sécurité pour 2010, qu'il a assumé seul l'éducation de l'enfant. Elles devront donc simplement mentionner sur la demande de retraite personnelle, comme elles doivent le faire d'ores et déjà aujourd'hui<sup>20</sup>, les éléments d'identité de l'enfant et la période durant laquelle elles l'ont élevé.

Les pères, en revanche, s'ils souhaitent bénéficier de cette majoration pour éducation, devront prouver, auprès du régime compétent pour valider leur droit, qu'ils ont éduqué seuls l'enfant. Le respect de cette condition sera apprécié par les services de la caisse sur la base d'éléments tangibles (acte de décès de la mère, jugement attribuant la garde de l'enfant au père...) produits par le père, lequel disposera des voies de recours habituelles si ces éléments sont jugés insuffisants (recours devant la commission de recours amiable de la caisse puis, en cas de désaccord de celle-ci, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale).

Si l'enfant est né en 2010 ou après, la situation des parents sera différente puisque tous deux auront vocation à bénéficier de la majoration pour éducation. L'attribution, dans le silence du couple, à la mère ne constitue en effet qu'une règle de simplification de la gestion fondée sur le constat répété que c'est celle-ci qui supporte généralement l'essentiel de la charge éducative. Deux situations seront alors possibles :

- les parents souhaitent partager cette majoration : ils devront alors le déclarer, dans le délai requis, auprès de la caisse, dans un formulaire revêtu de leurs signatures et préciser les modalités de ce partage ;

- le père revendique, sans accord de la mère, tout ou partie de la majoration : sa simple manifestation, dans le délai requis, auprès de la caisse, pour réclamer tout ou partie de l'avantage sans accord écrit en ce sens de la mère pourra placer les deux parents dans l'obligation d'établir lequel d'entre eux a assumé à titre principal l'éducation de l'enfant ; le régime suivi sera alors celui imposé aux pères d'enfants nés avant 2010, ci-dessus décrit.

b) Impact sur les employeurs ou cotisants :

Néant.

<sup>18</sup> « Femmes, carrière et discriminations » HALDE, mars 2009.

<sup>19</sup> Pour un résumé de ces évolutions législatives et de la jurisprudence, voir l'article « Entreprise et parentalité : de la protection de la maternité à la promotion de l'égalité », publié en juin 2008 dans la revue de la CNAF « Recherches et Prévisions » et sur le site de la HALDE (<http://www.halde.fr/Entreprises-et-parentalite-de-la.html>).

<sup>20</sup> Voir le formulaire « Demande de retraite personnelle – cerfa n° 10916\*05 », page 1.

### c) Impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Tous les régimes de retraite, y compris ceux appliquant des règles différentes du régime général en matière d'avantages familiaux (fonctions publiques, régimes spéciaux), seront touchés par la réforme :

- tous devront, pour les demandes prenant effet à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010, être capables d'écarter de l'appréciation du droit à retraite anticipée les trimestres accordés du fait des majorations de durée d'assurance données, à raison de l'éducation des enfants, dans le régime général et les régimes alignés sur celui-ci à cet égard ;

- les régimes appliquant des règles différentes du régime général en matière d'avantages familiaux (fonctions publiques, régimes spéciaux) devront pouvoir informer le régime général et les régimes appliquant les mêmes règles que celui-ci des droits familiaux que leurs assurés détiennent éventuellement.

### d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

C'est le régime général qui assumera l'essentiel de la charge administrative imposée par la réforme. Il assure en effet la couverture de la plus grande part des assurés en matière de retraite ; c'est en outre auprès de lui que sont d'ores et déjà validées les majorations de durée d'assurance lorsque l'assuré a relevé de deux ou plusieurs régimes de retraite prévoyant ces avantages, dont le régime général<sup>21</sup> ; or c'est le cas de la très grande majorité des assurés.

L'obligation, pour les pères d'enfants nés avant la loi de se manifester dans l'année suivant la publication de la loi s'ils souhaitent bénéficier de la majoration de durée d'assurance allouée à raison de l'éducation, imposera vraisemblablement au régime général d'instaurer temporairement une cellule de traitement dédiée uniquement à la gestion de ce dispositif : regroupant des personnels parfaitement au fait de celui-ci, qui auront donc préalablement été formés, elle permettra d'accélérer le traitement des dossiers.

Certes, le nombre de ces pères susceptibles de bénéficier de la majoration ne devrait pas être considérable : à titre d'exemple, en 1999, seulement 14 % des parents isolés étaient des hommes, soit 209 300 pères élevant seul un ou plusieurs enfants<sup>22</sup> ; or tous ne rempliront pas les conditions requises pour avoir la majoration. On relèvera en outre qu'en dépit de la jurisprudence, le nombre de contestations auprès des commissions de recours amiable ou des tribunaux est faible : moins de 100 au 30 septembre 2009, même s'il est possible que la perspective d'aller devant les tribunaux ait pu dissuader certains pères de demander l'actuelle majoration.

Mais il doit être tenu compte de ce que ces pères se manifesteront pour beaucoup d'entre eux dans l'année à venir et que le dossier de ceux qui partiront à la retraite durant cette période appellera un traitement rapide. De surcroît, la part des assurés qui interrogera les caisses pour savoir s'ils remplissent les conditions requises excédera forcément le nombre de bénéficiaires réels et nécessitera donc sans doute la mise en place d'une plate-forme téléphonique chargée de répondre à leurs questions.

En revanche, on soulignera que c'est seulement à partir de 2014 que les caisses devront traiter des dossiers de parents d'enfants nés à partir de 2010 puisque c'est dans les 6 mois suivant le 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant que les parents pourront exprimer leur position sur l'attribution de la majoration pour éducation. Cette période sera utilement mise à profit par les régimes concernés pour parfaire l'adaptation de leurs systèmes d'information<sup>23</sup>, à l'exception de ceux des artisans et commerçants<sup>24</sup>, former leurs agents et procéder à un effort d'information générale des assurés (modification des sites INTERNET, diffusion de plaquettes...), effort pour lequel la plate-forme téléphonique précitée se révélera sûrement encore très utile.

---

<sup>21</sup> Voir article R. 173-15 du code de la sécurité sociale, 1er alinéa. Cette priorité du régime général s'efface seulement lorsque l'assuré peut bénéficier d'une validation de périodes d'assurance à raison des enfants auprès d'un régime spécial.

<sup>22</sup> Source : enquête « Etude de l'histoire familiale » n° 218, février 2003, réalisée par l'INSEE et l'INED en complément au recensement de 1999.

<sup>23</sup> Il conviendra en effet que ces systèmes puissent notamment garder trace des informations de nature à priver l'assuré du droit de se prévaloir de la majoration accordée à raison de l'éducation.

<sup>24</sup> Ces régimes attribuent aujourd'hui la majoration de durée d'assurance à moins de 0,5 % de leurs assurés, dans la mesure où elles ont quasiment toutes relevé par ailleurs du régime général. La réforme ne changera pas cette situation, de sorte que la gestion de ce dispositif continuera à s'effectuer manuellement dans ces régimes.

e) Impact budgétaire : coût de la mise en œuvre, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (autofinancement ou rallonge nécessaire)

Aucune modification de la COG n'est envisagée : la gestion de la mesure se fera à moyens constants en raison du nombre d'assurés susceptibles, pour le stock, d'imposer une charge de gestion nouvelle et du moment auquel le dispositif de partage fera sentir concrètement ses effets en termes de charge administrative.

f) Impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

Voir e) pour l'impact sur l'emploi. Un effort de formation des agents sera, en revanche, indispensable compte tenu des modifications sensibles apportées à la majoration allouée à raison de l'éducation de l'enfant.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Le code de la sécurité sociale et le décret d'application de l'article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon devront être modifiés (intervention d'un décret et d'un décret en Conseil d'Etat pour le code de la sécurité sociale).

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Oui, pour les parents d'enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010. La majoration pour éducation sera alors réservée à la mère. Elle sera toutefois attribuée au père si celui-ci prouve avoir élevé seul l'enfant pendant les 4 années suivant sa naissance ou son adoption.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Voir supra.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Une information « grand public » sera réalisée par le régime général et les autres régimes concernés (modification de leurs sites internet, diffusion de plaquette).

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Oui : PQE retraites : indicateurs de cadrage 7 (âge de départ) et 10 (écarts de niveaux de pension entre hommes et femmes par génération), indicateurs 1-4 (écart de niveau de pension entre hommes et femmes), 4-1 à 6 (emploi des seniors)

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Pas à ce stade.

## Annexe

### Version consolidée des articles modifiés

Dispositions actuelles	Dispositions nouvelles
<p>Art. L. 351-4. - Les femmes assurées sociales bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance d'un trimestre pour toute année durant laquelle elles ont élevé un enfant, dans des conditions fixées par décret, dans la limite de huit trimestres par enfant.</p>	<p>« Article L.351-4. - I. - Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement.</p> <p>« II. - Il est institué au bénéfice du père ou de la mère assuré social une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.</p> <p>« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage.</p> <p>« Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption.</p> <p>« En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent la caisse désigne celui des parents qui établit avoir contribué à titre principal à l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue ou, à défaut, décide que la majoration sera partagée par moitié entre les deux parents.</p> <p>« Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère.</p> <p>« En cas de décès de l'enfant avant la fin de la quatrième année la majoration reste due dans les conditions prévues au présent II.</p> <p>« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration selon les modalités prévues aux alinéas précédents ne peut être modifiée.</p> <p>« III. - Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci.</p> <p>« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage. Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'adoption de l'enfant. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai la caisse désigne celui des parents qui établit avoir contribué à titre principal à l'accueil et aux démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, décide que la</p>



	<p>majoration sera partagée par moitié entre les deux parents.</p> <p>« Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère.</p> <p>« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration selon les modalités prévues à l'alinéa précédent ne peut être modifiée.</p> <p>« IV. - Sont substituées dans les droits des parents pour l'application du II, les personnes auxquelles l'enfant est confiée par une décision de justice rendue sur le fondement des articles 373-3, alinéa 2, et 375-3 (2°) du code civil ou le bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu de l'article 377-1, alinéa 1, et qui ont effectivement assumé l'éducation de l'enfant au cours de ses quatre premières années ou durant quatre ans à compter de son adoption.</p> <p>« V. - L'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue au II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale par une décision de justice au cours des quatre premières années de l'enfant.</p> <p>« VI. Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée aux assurés n'ayant pas été affiliés à un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne, ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse pendant une durée minimale de deux ans.</p> <p>« VII. - Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande. »</p> <p>« VIII. - Les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des articles L. 351-4-1, L. 351-5 et L. 381-1 du présent code, des articles L. 9 (1°), L. 12 (b et b bis) et L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires ou de dispositions réglementaires ayant le même objet».</p>
<p>Art. L. 351-5. - Le père assuré ayant obtenu un congé parental d'éducation dans les conditions de l'article L. 122-28-1 du code du travail, ou un congé parental dans les conditions prévues par l'article 21 VII de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, bénéficie d'une majoration de sa durée d'assurance égale à la</p>	<p>Art. L. 351-5. - L'assuré ayant obtenu un congé parental d'éducation dans les conditions de l'article L. 122-28-1 du code du travail, ou un congé parental dans les conditions prévues par l'article 21 VII de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, bénéficie d'une majoration de sa durée d'assurance égale à</p>

<p>durée effective du congé parental.</p> <p>Cette majoration est également accordée aux personnes visées à l'article L. 351-4 lorsque son application est plus favorable que celle dudit article.</p>	<p>la durée effective du congé parental.</p> <p>Cette majoration est accordée aux personnes visées à l'article L. 351-4 lorsque son application est plus favorable que celle dudit article.</p>
<p>Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes Sous-section 3 - Majorations de durée d'assurance en faveur des mères de famille</p>	<p>Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes Sous-section 3 - Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants</p> <p>Art. L. 173-2-0-1. - Lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4 et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret</p>
	<p>Article L. 643-1-1. – Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime.</p>
	<p>Article L. 723-10-1-1. - Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime</p>
<p>Loi n°87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon</p> <p>Article 9 Les assurés ayant dépassé l'âge fixé en application du 1° de l'article 11 bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance qui est fonction du nombre d'années supplémentaires par rapport à cet âge. Les femmes assurées [*mères de famille*] ayant élevé un ou plusieurs enfants, à leur charge ou à celle de leur conjoint, pendant une durée et jusqu'à un âge déterminés, bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance pour chacun de ces enfants. Les dispositions de l'alinéa précédent entrent en vigueur à une date fixée par décret pris sur la proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale prévoyant les relèvements de cotisations nécessaires.</p>	<p>Loi n°87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon</p> <p>Article 9 Les assurés ayant dépassé l'âge fixé en application du 1° de l'article 11 bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance qui est fonction du nombre d'années supplémentaires par rapport à cet âge. <b>Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret</b> Les dispositions de l'alinéa précédent entrent en vigueur à une date fixée par décret pris sur la proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale prévoyant les relèvements de cotisations nécessaires.</p>
	<p>Article 38 – VII. - Les dispositions du présent article</p>

	sont applicables aux pensions de retraite prenant effet à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2010.
	<p>Article 38 – VII. - Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la majoration prévue au II de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est attribuée à la mère sauf si, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le père de l'enfant apporte la preuve auprès de la caisse d'assurance vieillesse qu'il a élevé seul l'enfant au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption. Dans ce cas, la majoration est attribuée au père.</p> <p>Toutefois, pour les enfants nés ou adoptés après le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le délai mentionné au précédent alinéa est porté à quatre ans et six mois à compter de la naissance ou l'adoption de l'enfant.</p> <p>Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraite et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et de leurs droits à retraite. Il prépare, à partir de ces données, un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement.</p>

## **ARTICLE 39 SENIORS INVALIDES CUMUL EMPLOI - PENSION D'INVALIDITE ET NON-CUMUL PENSION D'INVALIDITE - PENSION DE RETRAITE**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

##### **a. Maintien ou retour en emploi des seniors invalides de plus de 60 ans**

###### **- Cumul emploi invalidité**

La pension d'invalidité est destinée à compenser la situation d'invalidité qui réduit d'au moins les deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'intéressé. Les invalides dits de « première catégorie » sont toutefois en mesure d'exercer une activité professionnelle et peuvent, à ce titre, cumuler leur pension d'invalidité avec des revenus d'activité.

A 60 ans, la pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail, c'est-à-dire calculée au taux plein quelle que soit la durée d'assurance (article L. 341-15 du code de la sécurité sociale).

Toutefois, l'assuré qui exerce une activité professionnelle peut renoncer, en vertu de l'article L. 341-16 CSS, à la liquidation de sa pension de retraite à 60 ans. Il peut alors continuer à exercer une activité professionnelle mais ne perçoit plus alors ni pension d'invalidité ni pension de vieillesse du régime général, ce qui conduit donc à une forte diminution de ses revenus.

Le cumul emploi-retraite a été libéralisé pour les assurés disposant d'une carrière complète ou âgés de plus de 65 ans (article 88 de la LFSS pour 2009), y compris en cas de pension de vieillesse allouée pour inaptitude (abrogation de l'article L. 352-1 CSS). Toutefois les assurés invalides disposent rarement d'une carrière complète et ils ne peuvent donc généralement bénéficier de la libéralisation du cumul emploi-retraite.

Dès lors, afin de permettre aux assurés invalides qui le souhaitent de demeurer en emploi après 60 ans, il est prévu d'autoriser le versement de la pension d'invalidité de première catégorie jusqu'à l'âge de 65 ans.

###### **- Cumul emploi retraite pour les exploitants agricoles retraités au titre de l'inaptitude au travail ou dont la pension se substituait à une pension d'invalidité**

En abrogeant l'article L. 352-1 CSS<sup>25</sup>, la LFSS 2009 a supprimé les règles spécifiques qui existaient auparavant pour le cumul emploi retraite des assurés inaptes du régime général et des régimes alignés. Ces assurés relèvent donc désormais du droit commun..

Toutefois, des dispositions identiques sont demeurées pour les assurés invalides relevant du régime des non-salariés agricoles. Dans un but d'harmonisation entre régimes, le PLFSS pour 2010 corrige cette différence en supprimant le régime spécifique de cumul emploi-retraite pour les invalides relevant du régime des non-salariés agricoles.

##### **b. Cumul d'une prestation d'invalidité et d'une prestation de vieillesse**

###### **- Cumul pension d'invalidité et pension de vieillesse en cas de retraite anticipée**

Les règles de substitution d'une pension d'invalidité en pension de vieillesse servie au titre de l'inaptitude n'ont pas été adaptées pour tenir compte des dispositifs de départs anticipés en retraite

<sup>25</sup> L'art. L. 352-1 CSS prévoyait, s'agissant des assurés du régime général et de ceux des régimes alignés (salariés agricoles, artisans et commerçants) la suspension du service de la pension de vieillesse versée au titre de l'inaptitude au travail ou substituée à une pension d'invalidité en cas de dépassement par les revenus trimestriels issus notamment d'une activité professionnelle de 50 % du montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) calculé sur la base de 520 heures

mis en œuvre par la loi de 2003 portant réforme des retraites pour les assurés ayant eu une carrière longue (art. L. 353-1-1 CSS) ou handicapés (art. L. 353-1-3 CSS).

Les assurés invalides bénéficiant d'une retraite anticipée peuvent donc cumuler leur pension d'invalidité et leur pension de vieillesse jusqu'à l'âge de 60 ans, ce qui est contraire à l'esprit du dispositif.

Les caisses de retraite adoptent aujourd'hui des pratiques fluctuantes. Afin d'uniformiser la pratique, il est inscrit dans la loi le principe selon lequel la pension d'invalidité n'est pas cumulable avec la pension de vieillesse ne sont pas cumulables.

Cette règle ne fait pas obstacle au maintien des avantages accessoires qui étaient associés à la pension d'invalidité : la majoration pour tierce personne (MTP), l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ou l'exonération du ticket modérateur.

- Cumul pension d'invalidité de veuf ou veuve et pension de réversion

La pension d'invalidité de veuf ou de veuve (PIVV), versée par la branche maladie, est attribuée au conjoint invalide d'une personne décédée qui était elle-même titulaire auprès du régime général d'une pension d'invalidité ou de vieillesse. A l'âge de 55 ans, elle est remplacée par une pension de vieillesse de veuf ou de veuve (PVVV), du même montant, mais servie par la branche retraite ou par la pension de réversion si celle-ci lui est supérieure.

Or, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites avait procédé à un abaissement à 51 ans de l'âge minimum de la réversion (pour les décès intervenus entre le 1<sup>er</sup> juillet 2007 et le 31 décembre 2008). Il en résulte, en l'absence de disposition contraire, que la PIVV peut être cumulée avec la pension de réversion entre 51 et 55 ans pour les assurés concernés.

Le IV de l'article lève cette ambiguïté énonce donc une règle de non cumul entre la pension de réversion et la PIVV : seule la plus élevée des deux prestations sera servie.

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

### **a. Maintien ou retour en emploi des seniors invalides de plus de 60 ans**

- Cumul emploi invalidité

Une option possible aurait consisté à libéraliser le cumul emploi retraite pour les personnes titulaires d'une pension de retraite au titre de l'inaptitude. Il faut rappeler que ce cumul n'est entièrement libre aujourd'hui que dès lors que l'assuré dispose d'une carrière complète. Toutefois, il a été préféré de ne pas modifier ces règles afin de ne pas revenir sur les règles du cumul emploi-retraite adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

- Cumul emploi retraite pour les exploitants agricoles retraités au titre de l'inaptitude au travail ou dont la pension se substituait à une pension d'invalidité

L'application des règles de droit commun aux inaptes non salariés agricoles permettra d'éviter les distorsions réglementaires entre régimes, en appliquant au régime la réforme accomplie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 dans le régime général.

### **b. Cumul d'une prestation d'invalidité et d'une prestation de vieillesse**

- Cumul pension d'invalidité et pension de vieillesse en cas de retraite anticipée

La présente mesure a un double objet :

- maintenir les avantages accessoires à la pension d'invalidité ;
- préciser celui des régimes qui doit assumer la charge de la majoration pour tierce personne (MTP) de l'assuré invalide bénéficiant d'une retraite anticipée.

En cas de possibilité de cumul d'une pension d'invalidité et d'une pension de vieillesse servie de manière anticipée en application des articles L. 351-1-1, et L. 351-1-3, des articles L. 634-3-2 et L. 634-3-3, ou de l'article L. 732-18-1 ou L. 732-18-2 du code rural, la mesure proposée prévoit la suspension de la pension d'invalidité. La suspension entraîne le non versement de la pension principale et le maintien des avantages accessoires.

Il est proposé que, les accessoires répondant à des règles juridiques distinctes des prestations principales elles-mêmes, restent liés aux conditions d'âge. Ainsi, jusqu'à 60 ans, les avantages

accessoires demeurent à la charge des CPAM si l'assuré est en droit d'y prétendre et sont ensuite transférés à la branche vieillesse.

- Cumul pension d'invalidité de veuf ou veuve et pension de réversion

La mesure répond à un objectif de clarification et de mise en cohérence. En effet, la loi du 12 août 2003 portant réforme des retraites avait omis de modifier, par coordination, les règles applicables à la PIVV.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de la CNAVTS, de l'ACOSS et de la CCMSA ont rendu le 6 ou 7 octobre un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

- b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

La mesure ne contrevient pas à des dispositions communautaires existantes.

- et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec la convention européenne des droits de l'Homme.

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

- a) Possibilité de codification

Oui, modification ou abrogations d'articles du code de la sécurité sociale et du code rural.

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

La mesure est applicable dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle n'est pas applicable à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

#### **a. Maintien ou retour en emploi des seniors invalides de plus de 60 ans**

- Cumul emploi invalidité

Jusqu'à présent un invalide désirant continuer de travailler après 60 ans perdait le bénéfice de sa pension d'invalidité sans pour autant bénéficier de ses avantages vieillesse. En effet, il ne peut pas bénéficier du cumul libéralisé retraite et revenu d'activité (manque de condition sur la durée), il doit s'arrêter pendant plus de 6 mois ou changer d'employeur pour continuer à travailler. Par ailleurs, son cumul ne peut excéder son ancien salaire (ou 1,6 SMIC si ce montant est plus favorable). La mesure présentée ici vise à lui permettre de continuer à cumuler, selon les règles en vigueur avant 60 ans, la pension d'invalidité et le revenu d'activité si l'invalide le souhaite.

Les invalides susceptibles de travailler appartiennent à la première catégorie, capable d'exercer une activité professionnelle.

Dans le régime général, ils représentent 23 % de l'ensemble des invalides, soit environ 138 000 sur 600 000 invalides au total. Selon les données de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux) 2005, 34 % des invalides de catégorie 1 ont entre 55 et 60 ans. En supposant une répartition uniforme des invalides au sein de cette classe d'âges, 6 % aurait 60 ans par an.

Selon les chiffres du rapport IGAS de 2006, sur le champ de la CRAM Ile-de-France uniquement, 58 % des personnes en catégorie 1 seraient actives (c'est-à-dire soit en emploi, soit au chômage). Au total, environ 4 600 invalides actifs auraient 60 ans. Si 20 % de cette population désirait continuer de travailler, environ 900 invalides pourraient être concernés par cette mesure. En ne partant pas à la retraite, ils continueraient de percevoir leur pension d'invalidité (378 € en moyenne en 2008 pour les bénéficiaires de catégorie 1). Le coût brut de cette mesure serait donc de l'ordre de 4 M€ pour la branche maladie la première année et 8 M€ à partir de la deuxième année en supposant que ces invalides continueraient de travailler deux ans en moyenne après 60 ans.

Toutefois, les PI se substituent aux pensions de vieillesse qui ne sont donc pas versées. La pension de vieillesse moyenne substituée à une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie est de 744 € en 2007. L'économie maximale pour la branche vieillesse serait donc de l'ordre de 8 M€ la première année et 16 les années suivantes.

**La mesure générerait donc une économie globale** de 8 M€ par an.

<b>Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en millions d'euros)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -), économie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P</b>	<b>2011 P</b>	<b>2012 P</b>	<b>2013 P</b>
CNAM		- 4	-8	- 8	- 8
CNAV		+ 8	+ 16	+ 16	+ 16

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

soit des soldes nets de 4 M€ en 2010 et 8 M€ à partir de 2011.

En termes d'impact individuel, grâce à la mesure, l'invalidé pourra continuer à travailler et gagnera :

- sa pension de 1<sup>ère</sup> catégorie (378 € en moyenne en 2008).
- son revenu d'activité : par exemple 1 100€ ce qui correspond à environ 1 SMIC à temps plein)
- au total l'invalidé touchera 1 478 € en travaillant à temps plein.

Il est à noter qu'en continuant de travailler 2 ans supplémentaires, l'invalidé améliorera sa pension de retraite (base et complémentaire) d'environ 100 € par mois.

Sans la mesure, l'invalidé aurait pris sa retraite. Dans ces conditions, il aurait touché :

- sa pension de retraite de base substituée à la pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie (744 € en moyenne en 2007)
- sa retraite complémentaire que l'on peut évaluer à environ 370€/mois
- l'invalidé toucherait environ 1 100 € à la retraite.
- Cumul emploi retraite pour les exploitants agricoles retraités au titre de l'inaptitude au travail ou dont la pension se substituait à une pension d'invalidité

La mesure permettra aux personnes retraitées au titre de l'inaptitude au travail ou dont la pension de retraite s'est substituée à une pension d'invalidité, bénéficiaires d'une pension de retraite au titre du régime des non salariés agricoles, de cumuler, sous conditions, l'exercice d'une activité salariée ou non salariée et le bénéfice de leurs pensions servies au titre d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi des seniors et des engagements du Président de la République pris en ce sens. Elle vise aussi à améliorer le pouvoir d'achat des retraités.

**Impact financier : +1,3 M€**

Au 31 décembre 2008, les statistiques de la MSA font ressortir un volume, de 16 600 personnes retraitées au titre de l'incapacité au travail, dont 400 personnes pour incapacité totale (100 %).

On peut estimer, parmi ces 16200 personnes, celles qui seraient en capacité de reprendre une activité professionnelle.

Hypothèse : en reprenant le pourcentage des pensionnés d'invalidité du RG relevant de la catégorie 1 soit 23 %, on obtient :

$$16\ 200 * 23 \% = 3\ 700$$

En posant l'hypothèse que le cumul d'une pension avec une activité salariée n'engendrera pas un effet sur le volume d'emploi (substitution à un emploi existant), la mesure devrait être neutre en matière de cotisations sur salaires.

Il ne s'agirait donc que des cas où les personnes cumulent leur pension avec une activité non salariée, les anciens exploitants agricoles préférant retrouver une activité sous cette forme.

Les règles de cumul en vigueur pour les non-salariés agricoles limitent ce cumul à une activité qui ne requiert pas une exploitation du foncier (activité hors-sol, activité assujettie par rapport au temps de travail).

Nous retenons une hypothèse haute de 10 % des 3 700 personnes qui seraient en capacité d'exercer une activité professionnelle NSA de type hors sol ou connexe, soit 370 personnes.

La cotisation moyenne versée par un exploitant est estimée à 2 500 € annuels (la cotisation minimum est de 2 100 €).

Sur la base de ces hypothèses, la mesure s'élèverait  $370 * 2\ 500 = 925\ 000$  €.

En appliquant les mêmes hypothèses aux flux (6600 personnes ont liquidé en 2008 une pension de vieillesse pour incapacité), on obtient un impact de 379 500 €.

#### **b. Cumul d'une prestation d'invalidité et d'une prestation de vieillesse**

Pas d'impact majeur.

#### **Pensions de retraite anticipées**

Faute d'un bilan statistique encore à effectuer du nombre d'assurés potentiellement concernés par ces mesures et d'une évaluation plus précise de la pratique des caisses (nombre d'assurés pour qui la pension d'invalidité et les avantages associés sont supprimés, nombre pour qui la PI est seulement suspendue et les avantages maintenus, nombre pour lesquels il y a cumul), il n'est pas possible à ce stade d'estimer l'impact financier. Le manque de données concernant la pratique des caisses est un frein à l'évaluation de l'impact de la mesure.

Il semblerait toutefois en première analyse qu'en règle générale les caisses procèdent déjà à la suspension plutôt qu'à la suppression de la PI, et au maintien des avantages associés, ce qui limiterait le coût d'une généralisation de cette pratique. Par ailleurs, lorsqu'il existe des cas de cumul des deux pensions, ceux-ci étant supprimés par la mesure, une économie devrait être réalisée.

De façon schématique, si l'ensemble des caisses pratiquent déjà la suspension, la mesure sera neutre d'un point de vue financier. Au contraire, si les caisses pratiquent la suppression de la pension d'invalidité et donc des avantages connexes, la mesure sera coûteuse puisqu'elle rétablit les avantages connexes de la PI. Enfin, pour les cas de cumul, la mesure réalise des économies.

En supposant que 100 invalides<sup>26</sup> par an pourraient être concernés par le rétablissement des avantages associés, le coût pourrait être de l'ordre de :

- environ 1,2 M€ si l'on suppose le maintien de la MTP pour l'ensemble de ces 100 invalides de catégorie 3 ;
- et/ou environ 270 000€ si l'on suppose le maintien de l'ASI pour ces 100 invalides (226€ d'ASI en moyenne en 2008).

Au contraire, si les caisses pratiquent le cumul pension d'invalidité et pension de retraite, la mesure qui vise seulement à suspendre la pension d'invalidité rapporterait le coût de non versement de la PI

<sup>26</sup> La CNAV recense comme invalides 107 retraités qui touchent une retraite anticipée



soit environ 700 000€ pour 100 invalides concernés (la pension moyenne d'invalidité est de 589€ en 2008, toutes catégories concernées).

Au total, on peut donc estimer un coût minime de la mesure, voire une économie globale.

### **Pensions de réversion**

La mesure n'est pas chiffrable en l'état car on ne connaît ni le montant moyen de PIVV ni le nombre de personnes actuellement concernées par le cumul PR/PIVV. En tout état de cause, comme on passe d'une situation de cumul à une situation de non cumul, la mesure entraînera une économie globale.

#### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

##### a) Impacts économiques

Aucune évolution notable n'est prévue.

##### b) Impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

###### **a. Maintien ou retour en emploi des seniors invalides de plus de 60 ans**

Le maintien ou le retour en emploi des seniors a un effet structurant sur les comptes de la branche vieillesse. En particulier, le cumul emploi invalidité incite les seniors à différer la date de liquidation de leur pension de retraite ; dans le cadre du cumul emploi retraite, l'activité est soumise à cotisations reversées à la caisse auprès de laquelle l'assuré est affilié.

L'alignement progressif des régimes de protection sociale complémentaires permettra d'accroître l'attractivité du dispositif pour le senior invalide.

###### **b. Cumul d'une prestation d'invalidité et d'une prestation de vieillesse**

Aucune évolution notable n'est prévue.

##### c) impacts sur l'environnement

Néant

#### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

##### a) impact sur les assurés :

Aucune démarche supplémentaire n'est à prévoir.

##### b) impact sur les employeurs ou cotisants :

L'allongement de l'âge de cotisation obligatoire doit être suivi par le secteur privé des complémentaires santé et prévoyance pour que la mesure soit incitative.

##### c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Impact limité sur la gestion des CPAM et des CARSAT (qui succèdent aux CRAM à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010).

##### d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Faible.

##### e) impact budgétaire :

Non

##### f) impact sur l'emploi :

Pas de création d'emploi nécessaire pour gérer ces mesures.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

#### **a. Maintien ou retour en emploi des seniors invalides de plus de 60 ans**

- Cumul emploi invalidité

La mesure nécessite la modification des articles R. 341-22 (2<sup>ème</sup> alinéa) et R. 341-23 se rapportant à la conversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse.

Une modification du formulaire de demande de retraite sera éventuellement nécessaire pour expliquer aux assurés invalides les nouvelles règles en matière de liquidation.

- Cumul emploi retraite pour les exploitants agricoles retraités au titre de l'inaptitude au travail ou dont la pension se substituait à une pension d'invalidité

La mesure est d'application directe.

#### **b. Cumul d'une prestation d'invalidité et d'une prestation de vieillesse**

La mesure est d'application directe.

#### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

#### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

L'entrée en vigueur de l'article est fixée 1<sup>er</sup> mars 2010, dans toutes ses dispositions, afin de permettre au gouvernement de publier les modifications réglementaires consécutives à l'article législatif (articles R. 341-22 et R. 341-23 du code de la sécurité sociale pour le I.) et de permettre aux organismes sociaux de se préparer à la mise en œuvre des mesures.

#### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information sera réalisée par les caisses liquidatrices.

#### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Oui : indicateurs PQE Retraite relatifs à l'emploi des seniors et au cumul emploi retraite.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Sans objet.

## Annexe

### Version consolidée des textes modifiés

#### **Article L. 341-16 du code de la sécurité sociale :**

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée, continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

« Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15. »

#### **Article L. 342-1 du même code :**

« Le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf.

Le conjoint survivant invalide cumule, dans des limites fixées par décret, la pension de veuve ou de veuf avec des avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, notamment en application des dispositions des articles L. 434-8 et L. 434-9.

Le conjoint survivant invalide ne peut cumuler une pension de veuve ou de veuf et une pension de réversion prévue au chapitre III du titre V du livre troisième du présent code, servies au titre de la carrière du même assuré décédé. Celle des deux pensions dont le montant est le plus élevé est alors servie. »

## **ARTICLE 40**

### **TRANSFERT AU FSV DU FINANCEMENT DES VALIDATIONS GRATUITES DE TRIMESTRES AU TITRE DE PERIODES D'ARRET MALADIE, MATERNITE, AT/MP ET INVALIDITE**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Les arrêts de travail au titre de la maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ouvrent droit, au titre du 60<sup>ème</sup> jour d'indemnités journalières, à la validation gratuite d'un trimestre pris en compte dans la détermination de la durée de cotisation pour le calcul des droits à la retraite (un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période de 60 jours). Il en est de même pour les périodes d'invalidité et celles d'incapacité suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle, à raison d'un trimestre validé pour trois mensualités de rente.

Ces avantages non contributifs sont similaires à celui qui prévaut pour les périodes de chômage<sup>27</sup>, mais contrairement à ce dernier, leur financement demeure assuré par les régimes eux-mêmes, et non par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la vocation est pourtant, aux termes du premier alinéa de l'article L.135-1 du code de la sécurité sociale, de « prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale ».

Or, la poursuite de la clarification du financement des avantages de retraite, par la distinction entre ce qui relève d'une part du contributif (et donc du financement par les cotisations des ressortissants du régime), et d'autre part du non contributif (à financer par le FSV sur une assiette plus large, que ce soit par la CSG, d'autres recettes fiscales, ou par des contributions de la branche famille), répond à l'objectif initial du FSV.

Cette mesure s'inscrit en outre pleinement dans le système de transferts engagés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Il était en effet prévu qu'en contrepartie du transfert progressif à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) du financement des majorations de pension pour enfants, le FSV accroîtrait sa contribution aux régimes de vieillesse. La LFSS pour 2009 a prévu le transfert à la CNAV d'une fraction du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital affectée au FSV, mais cette mesure ne permet pas, seule, d'assurer l'équilibre global du schéma de la réforme.

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

Il est donc proposé que le FSV participe au financement de ces validations gratuites de trimestre au titre de périodes d'arrêt maladie, maternité, AT/MP. Cette mission serait inscrite à l'article L.135-2 du code de la sécurité sociale, qui définit les charges du Fonds.

La participation du FSV ne peut être que forfaitaire, dans la mesure où le coût effectif que représentent ces validations gratuites n'apparaît pas directement dans les comptes des régimes. Il ne peut être constaté qu'a posteriori, au moment de la liquidation des droits, et dépend directement des parcours professionnels et des comportements individuels.

C'est justement parce qu'il est impossible de déterminer précisément et instantanément le « coût » des validations gratuites de trimestres que la contribution du FSV au titre des périodes de chômage est calculée comme une cotisation. Il est proposé de procéder de la même façon pour la contribution envisagée ici. Comme pour le chômage, les périodes d'arrêt maladie, maternité, d'invalidité, ou d'AT / MP seront donc valorisées au SMIC pour déterminer l'assiette du transfert, en cohérence avec le fait que les trimestres ainsi validés le sont sans report de salaire au compte. Une réfaction sera appliquée, afin de tenir compte du fait que toutes les périodes ne donnent pas lieu à validation de trimestres.

Les modalités précises de calcul seront fixées par décret en Conseil d'Etat. Les premières évaluations sur la base des principes décrits plus haut permettent d'envisager un transfert d'environ 1,2 Md€ à terme, qui pourrait faire l'objet d'une montée en charge en 2 ans.

---

<sup>27</sup> Chaque période de 50 jours de chômage indemnisé ouvre droit à la validation gratuite d'un trimestre

Seuls seront concernés par le transfert la CNAV et les régimes alignés (Régime social des indépendants –RSI- et régime des salariés agricoles). La fonction publique ainsi que les principaux régimes spéciaux ne connaissent pas les mêmes règles en matière de prestations en espèce (maintien de salaire plutôt que versement d'IJ), ce qui justifie leur non prise en compte dans le champ de la réforme.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils d'administration de la CNAVTS, de la CCMSA, et du RSI ont rendu, respectivement les 7, 6 et 5 octobre, un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure relève de la seule compétence des Etats-membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

La mesure sera codifiée à l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, qui donne la liste des dépenses du FSV. La version consolidée de cet article modifié est présentée en annexe.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non.

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

Le FSV finance des prestations servies dans les quatre départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Il ne concerne pas les prestations servies à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte, ainsi que dans les autres collectivités d'outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> (régime, branche, fonds)	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
CNAV		600	1200	1200	1200
RSI		12	24	24	24
CCMSA (salariés)		18	36	36	36
FSV		-630	-1260	-1260	-1260

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

Les modalités précises du calcul du transfert forfaitaire seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le calcul de l'impact financier s'appuie sur les données fournies par les régimes sur les personnes bénéficiaires d'un trimestre au titre de l'accouchement, d'indemnités journalières au titre des risques maladie, AT/MP, ainsi que des titulaires de rentes d'invalidité et AT/MP.

On reconstitue une assiette de cotisation en retenant, comme expliqué au I 2), le SMIC comme salaire de référence. On applique les taux de remplacement suivants par catégorie :

- 50 % du gain journalier brut pour les IJ<sup>28</sup>
- 30 % du salaire de référence pour les pensions d'invalidité des invalides de catégorie 1 de la CNAMTS et de la MSA et des invalides commerçants ayant une incapacité de travail, et 50 % du salaire de référence pour les pensions d'invalidité des autres invalides, ainsi que pour les rentes AT/MP

Le taux de cotisation appliqué est celui des cotisations vieillesse, à savoir 16,65 %.

Les effectifs (nombre de journées d'IJ, effectifs en fin d'année de titulaires de rentes) sont ceux communiqués par les trois régimes concernés : régime général, régime des salariés agricoles, et régime social des indépendants.

Effectifs retenus pour le chiffrage

Nombre de journées indemnisées	320 765 434 (données 2007)
Nombre d'invalides (30 %)	145 850 (données 2008)
Nombre d'invalides (50 %)	485 724 (données 2008)
Nombre de rentiers AT/MP ayant un taux d'IPP >66 %	14 792 (données 2008)

Une réfaction d'un tiers est appliquée pour tenir compte du fait que toutes les périodes entrant dans l'assiette ainsi définie ne donnent pas lieu à validation (durées trop courtes).

Il est enfin tenu compte d'une montée en charge sur deux années, 2010 et 2011. L'impact financier total est alors d'1,2 Md€.

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Non

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Non

c) impacts sur l'environnement

Non

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les personnes physiques

Non

b) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Les données requises pour le calcul de la contribution sont produites de façon régulière par les régimes. Il conviendra s'assurer un contrôle de la qualité de ces données et d'organiser un circuit d'informations entre les régimes et le FSV.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non significatif en termes de charge administrative.

d) impact budgétaire :

Non

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires..)

<sup>28</sup> On retient à ce stade une hypothèse simplificatrice pour ce qui concerne les IJ AT/MP (dans la réalité, l'IJ représentent 60% du gain journalier net le 1<sup>er</sup> mois puis 80% à partir du second) et les IJ maternité (égales au gain journalier net dès le 1<sup>er</sup> mois)

Non, la mesure sera gérée avec les moyens existants.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités exactes du calcul. Il sera publié au 1<sup>er</sup> trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non, mais la montée en charge est programmée sur 2 ans.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Non.

## Annexe

### Version consolidée de l'article modifié

Art. L. 135-2 Les dépenses prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse au titre du premier alinéa de l'article L. 135-1 sont les suivantes :

1° Le financement des allocations mentionnées :

- au dernier alinéa de l'article L. 643-1 ;
- au chapitre V du titre Ier du livre VIII ;
- à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° (Paragraphe supprimé)

3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :

- a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;
- b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;

4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :

- a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;
- b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-2 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code, de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) et de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du code du travail ;
- c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;
- d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ;
- e) Des périodes de versement de l'allocation de congé solidarité prévue à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.

#### f) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3

5° Les sommes correspondant à la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 ci-après ;

6° Les sommes correspondant au paiement par les organismes visés aux articles 1002 et 1142-8 du code rural des majorations des pensions accordées en fonction du nombre d'enfants aux ressortissants du régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ;

7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

8° Les frais de gestion administrative du fonds correspondant à des opérations de solidarité ;

9° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

Les sommes mentionnées aux a, b, d, et e *et f* du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.



Les sommes mentionnées au c du 4° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

## ARTICLE 42

# REFORME DE LA TARIFICATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES : DISPOSITIONS D'INCITATION FINANCIERE

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

Les incitations financières sont un des éléments de motivation des entreprises pour améliorer la sécurité et la protection de la santé au travail.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT qui se substituent aux CRAM le 1<sup>er</sup> janvier 2010) peuvent en effet imposer des cotisations supplémentaires pour tenir compte des risques exceptionnels présentés par l'activité de l'établissement ou accorder des ristournes soit sur la cotisation « accidents du travail / maladies professionnelles » (AT/MP) soit sur la majoration forfaitaire « accident de trajet » pour tenir compte des mesures de prévention qui ont été prises.

Elles peuvent également accorder des avances aux entreprises selon deux procédures différentes :

- des avances à taux réduit ;
- des avances accordées dans le cadre de conventions d'objectifs de branches professionnelles. Un contrat de prévention intervient entre la caisse et l'entreprise souscrivant à la convention d'objectifs. Les avances restent acquises à l'entreprise, transformées en subvention, si, et seulement si, l'entreprise a tenu l'ensemble de ses engagements.

On constate aujourd'hui que ces dispositifs ne sont pas assez dissuasifs et sont peu efficaces. Ils sont peu ou mal utilisés et bénéficient à un très petit nombre d'entreprises du fait de la lourdeur et de la complexité des procédures applicables liées à l'intervention de multiples acteurs (les comités techniques nationaux et régionaux, le directeur régional du travail et le CHSCT).

Les partenaires sociaux, dans l'accord du 12 mars 2007 sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels, avaient déjà souligné la nécessité de « mieux les appliquer ». En outre, le principe d'**une rénovation de ces dispositifs d'incitation** en vue de renforcer leur efficacité figure dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP (COG ATMP) pour 2009-2012.

Pour pouvoir répondre aux orientations exprimées par les partenaires sociaux lors de la conférence tripartite sur l'amélioration des conditions de travail d'octobre 2007 qui préconisaient la mise en œuvre d'un dispositif d'aides financières au développement de la prévention des risques professionnels adaptés aux TPE/PME, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a mis en œuvre en 2008 un dispositif expérimental au niveau des CRAM prévoyant des aides financières simplifiées pour les entreprises de moins de 50 salariés, sur la base de l'article R. 422-8 du code de la sécurité sociale qui permet aux CRAM d'accorder des subventions aux entreprises dans un cadre expérimental. 80 contrats simplifiés ont été signés en 2008 et 120 au premier semestre 2009, ces derniers portant principalement sur l'aide à l'acquisition d'équipements contre les chutes de hauteur (43 soit 36%), sur la formation à la prévention et à l'appréhension des risques professionnels (17 soit 14%) et sur l'aide à l'acquisition d'équipement pour la manutention manuelle (13 soit 11%).

Ce dispositif est resté limité à quelques CRAM, le cadre étant expérimental et sous le contrôle de ces caisses. Afin de généraliser ce dispositif, et de permettre également qu'il puisse être encadré au niveau national (les aides simplifiées étant alors déclinées selon un plan national, en plus des aides simplifiées accordées dans le cadre de plans régionaux), il est nécessaire de lui donner un cadre légal et l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale portant sur les avances qui peuvent être accordées par les CRAM aux entreprises doit être modifié pour y ajouter les aides financières simplifiées. Cet article va permettre aux CARSAT de poursuivre sur une base permanente l'octroi d'aides financières simplifiées.

Par ailleurs le dispositif des cotisations supplémentaires prévu par la loi n'étant pas assez dissuasif pour les entreprises, il est donc proposé de le renforcer en modifiant les articles L.242-7 et L. 422-4 du code de la sécurité sociale qui prévoient ses conditions de mise en œuvre.

En intégrant ces mesures dans le PLFSS, l'Etat transcrirait donc les propositions formulées par les partenaires sociaux et la CNAMTS.

Cette refonte s'inscrit dans le cadre plus global de la réforme de la tarification AT/MP (dont les mesures d'application sont d'ordre réglementaire) afin de simplifier et d'apporter plus de lisibilité à la réglementation actuelle.

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

Afin d'optimiser l'impact des incitations financières sur les priorités nationales et régionales de prévention et d'inciter les TPE / PME à investir davantage dans la prévention des risques professionnels, il est proposé d'instaurer un nouveau dispositif d'aides financières au développement de la prévention des risques professionnels : **les aides financières simplifiées** régionales et nationales.

Il s'agit d'une mesure de simplification par rapport aux contrats de prévention actuels, le cadre des conventions nationales d'objectifs et des contrats de prévention apparaissant peu adapté aux besoins des TPE / PME. A la différence des contrats de prévention, l'aide financière ne porterait pas que sur des investissements en matériel et en formation mais pourrait viser également des études portant notamment sur l'organisation dans des entreprises dépourvues de ressources internes. Une convention simplifiée serait signée entre la CARSAT et l'entreprise et une subvention lui serait accordée sur présentation d'un justificatif. Ces aides financières pourront être attribuées dans le cadre des plans d'action nationaux ou régionaux définis par la CNAMTS ou les CARSAT, dans des limites définies par arrêté.

Afin de renforcer l'efficacité du dispositif des **injonctions/ cotisations supplémentaires**, il est proposé :

- d'instaurer un plancher de majoration de cotisation minimum afin de rendre les majorations de cotisations réellement dissuasives. L'article L. 242-7 du code de la sécurité sociale doit être modifié afin d'y inscrire ce principe. Les modalités de mise en œuvre, la durée et les taux ou les montants seront fixés par arrêté.
- d'attribuer une majoration de la cotisation due par un établissement d'une entreprise lorsqu'une situation particulièrement grave de risque exceptionnel a déjà fait l'objet d'une injonction à cet établissement ou à un autre établissement de l'entreprise et qu'à ce titre elle n'a pas pris les mesures durables permettant d'éviter la répétition des situations de risque concernés dans ses établissements. L'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale doit être modifié pour y inscrire cette nouvelle circonstance où l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé pour que les caisses régionales puissent imposer des cotisations supplémentaires. Les situations de risque exceptionnel seront définies par arrêté après consultation des comités techniques nationaux.

Par ailleurs, ces mesures seront complétées par d'autres mesures réglementaires :

- La suppression des avances à taux réduit qui ne sont plus utilisées depuis plusieurs années (article R. 422-7 du code de la sécurité sociale) ;
- La modification de la procédure des ristournes travail afin de la rendre plus effective (arrêté du 16 septembre 1977 modifié) ;
- La modification de la procédure des ristournes sur la majoration trajet en engageant l'entreprise dans un contrat de prévention avec des objectifs à atteindre : la ristourne est accordée si les objectifs sont atteints (arrêté du 19 septembre 1977 modifié) ;
- La modification et la simplification de la procédure d'injonction / majoration : seule la première majoration est soumise à l'avis du comité technique régional, les majorations complémentaires entrant dans un processus administratif automatique au bout de six mois puis un an de persistance des risques constatés par injonction (article R. 421-12 du code de la sécurité sociale) ;
- La possibilité de procéder à une injonction sans constat sur place dès lors qu'une entreprise n'a pas transmis à la CARSAT les documents attestant de la mise en œuvre de mesures de prévention de risques présentant une certaine gravité (arrêté du 16 septembre 1977 modifié) ;
- L'information des CARSAT des mesures prises par les inspecteurs du travail (décret code du travail).

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Ces mesures ont fait l'objet d'une concertation et ont été présentées aux partenaires sociaux lors de deux séminaires organisés par la CNAMTS qui se sont déroulés le 1<sup>er</sup> juillet 2009 et le 9 septembre 2009.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

Le dispositif des injonctions / cotisations supplémentaires est compatible avec le droit communautaire, cette mesure modifiant le dispositif existant afin de renforcer son efficacité.

Il n'y a pas en outre d'atteinte à l'article 6 de la CEDH car il n'y a pas de modification sur les voies de recours de l'entreprise.

Le dispositif des aides financières simplifiées est également compatible avec le droit communautaire ; il s'agit en effet d'un dispositif simplifié de contrats de prévention recentrés sur les TPE/PME, les contrats de prévention étant peu adaptés aux besoins de ces catégories d'entreprises, avec pour objectif de décliner les politiques de prévention au niveau national et régional en actions de soutien aux entreprises. Il s'agit d'un dispositif favorable aux entreprises.

#### Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Codification

Oui : modification des articles L. 242-7, L. 422-4 et L. 422-5 du code de la sécurité sociale (voir annexe)

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Elle n'est pas applicable à Mayotte et dans les autres collectivités d'Outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Branche AT/MP du régime général		-5	-5	-5	-5

La Convention d'objectifs et de gestion (COG) qui lie la CNAMTS/ branche des AT/MP et l'Etat pour les années 2009/2012 a prévu la mise en place des aides financières simplifiées qui avaient été antérieurement expérimentées. La mesure sera donc financée sur la ligne dotée de 12 M€, déjà individualisée au sein du fonds national de prévention des ATMP, et qui complète les contrats de prévention qui bénéficient pour leur part d'une dotation de 35 M€. La généralisation de ce dispositif du

fait de la loi devrait conduire à consommer intégralement les lignes budgétaires prévues, ce qui entraînera une consommation supplémentaire de 5 M€ à la charge de la branche.

Par ailleurs, la multiplication des contrats de prévention permet d'aider les entreprises à réaliser des investissements en matière de prévention et à mieux les sensibiliser à la prise en compte des risques professionnels ce qui devrait conduire à une amélioration de la sinistralité et par conséquent à une diminution des indemnités versées au titre de la réparation par la branche ATMP.

En outre, l'instauration d'un dispositif plus dissuasif s'agissant des majorations de cotisation notamment avec la mise en place d'un montant plancher contribuera à accroître l'efficacité des mesures de prévention, l'objectif étant de parvenir à ce que dans 100 % des cas l'injonction soit suivie d'une mise en œuvre contre 50 % actuellement, renforcé par l'objectif définie dans la COG d'une progression du nombre d'injonctions (+10 %).

## **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

### a) Impacts économiques

Les aides financières simplifiées (contrats simplifiés de prévention permettant aux entreprises de bénéficier de subventions directes pour la réalisation d'actions de prévention attribuées dans le cadre des plans d'action régionaux ou nationaux) seront plus simples à mettre en œuvre pour être adaptées aux petites entreprises comparativement aux contrats de prévention actuels. Ces entreprises disposeront de crédits à cet effet et seront ainsi plus incitées à réaliser des mesures de prévention.

### b) Impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Le dispositif des aides financières simplifiées ainsi que l'évolution du dispositif des injonctions et cotisations supplémentaires devraient améliorer la santé et la sécurité au travail et entraîner une baisse de la sinistralité.

### c) Impacts sur l'environnement

Non

## **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

### a) Impact sur les assurés

Non

### b) Impacts sur les employeurs ou cotisants

Des mesures de simplification sont prévues pour bénéficier des aides financières simplifiées par rapport aux contrats de prévention existants.

### c) Impacts sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure n'a pas d'impact sur les administrations publiques mais a un impact sur la CNAMTS et les CARSAT. En ce qui concerne les aides financières simplifiées, celles-ci seront accordées par les CARSAT dans le cadre de plans d'actions régionaux définis par chaque CARSAT au sein de ses instances ou de plans d'action nationaux définis par la CNAMTS. Par ailleurs, les CARSAT vont pouvoir mettre en œuvre plus facilement le dispositif des majorations de cotisation : elles pourront en effet attribuer sans procédure d'injonction préalable des majorations de cotisation aux entreprises se trouvant dans des situations graves répétées de risque exceptionnel et d'autre part elles attribueront un plancher minimum de majoration de cotisation, le dispositif des majorations de cotisation étant peu utilisé aujourd'hui compte tenu de la lourdeur administrative du processus d'injonction et des faibles montants de majoration de cotisation qui peuvent être accordés en l'état actuel des textes.

### d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Non

### e) Impact budgétaire : coût de la mise en œuvre, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (autofinancement ou rallonge nécessaire)

Non

f) Impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires...)

Non

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaire et du délai prévisionnel de leur publication**

La mise en œuvre de ce dispositif nécessite un décret en Conseil d'Etat portant notamment modification des articles R. 421-5, R. 421-12 et R. 422-7 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'une modification des arrêtés du 16 septembre 1977 modifié relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles et du 19 septembre 1977 modifié relatif à l'attribution de ristournes sur la majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents de trajet.

La publication de ces textes est prévue au cours du premier trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès la publication des textes d'application.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information sera réalisée sur le site [www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr)

Les services de prévention des caisses vont également assurer une information auprès des entreprises. Les comités techniques nationaux dans lequel siègent les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés chargés d'assister la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et les comités techniques régionaux chargés d'assister les conseils d'administration des caisses régionales vont également concourir à la diffusion de l'information sur la mesure.

### **5. Suivi de la mesure**

La mesure est suivie par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS (indicateur 1-5 : Efficacité des actions de prévention menées par la CNAMTS). Cet indicateur va évoluer pour la prise en compte des aides financières simplifiées (AFS). L'indicateur actuel porte sur les contrats de prévention et mesure la fréquence et la gravité des sinistres observés dans les entreprises éligibles à un contrat de prévention, comparées aux données des entreprises non couvertes, en tenant compte toutefois des caractéristiques déterminant l'éligibilité. Cet indicateur comportera également des données sur le nombre d'aides simplifiées et sur l'évolution budgétaire par région (en cohérence avec les indicateurs inscrits dans la COG, cf. ci-dessous).

Des indicateurs sont également prévus dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) liant l'Etat et la CNAMTS pour sa branche AT/MP : indicateur 4-1 : nombre de contrats, aides simplifiées, ristournes, injonctions par région et indicateur 4-2 : évolution budgétaire par région (% des crédits consommés par rapport au % des crédits notifiés).

## Annexe

### Version consolidée des articles du code de la sécurité sociale modifiés

Articles actuels	Articles modifiés
<p><u>Article L242-7 CSS</u></p> <p>La caisse régionale peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté interministériel, pour tenir compte selon le cas, soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur, soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation, révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 [8113-7] du code du travail ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 422-1 et L. 422-4 du présent code.</p> <p>La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels ci-dessus mentionnés.</p> <p>L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article fixe le pourcentage du montant des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles et la part minimale du produit des cotisations supplémentaires qui doivent être affectés à l'attribution des ristournes et des avances prévues à l'article L. 422-5.</p> <p>La décision de la caisse régionale est susceptible de recours devant la commission mentionnée à l'article L. 242-5.</p> <p>En cas de carence de la caisse, l'autorité compétente de l'Etat peut statuer, sauf recours devant ladite commission.</p> <p><u>Article L.422-4 CSS</u></p> <p>La caisse régionale peut :</p> <p>1° inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours de l'employeur à l'autorité compétente de l'Etat qui doit être saisie et doit se prononcer dans les délais qui sont fixés par voie réglementaire ;</p> <p>2° demander l'intervention de l'inspection du travail pour assurer l'application des mesures prévues par la législation et la réglementation du travail ;</p> <p>3° adopter des dispositions générales de prévention applicables à l'ensemble des employeurs qui, dans sa circonscription, exercent une même activité ou utilisent les mêmes types de machines ou de procédés.</p> <p>Lesdites dispositions n'entrent en vigueur qu'après</p>	<p><u>Article L242-7 CSS</u></p> <p>La caisse régionale peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté interministériel, pour tenir compte selon le cas, soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur, soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation, révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 422-1 et L. 422-4 du présent code.</p> <p>La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels ci-dessus mentionnés. <u>Son taux, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimum sont fixés par arrêté.</u></p> <p>L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article fixe le pourcentage du montant des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles et la part minimale du produit des cotisations supplémentaires qui doivent être affectés à l'attribution des ristournes et des avances prévues à l'article L. 422-5.</p> <p>La décision de la caisse régionale est susceptible de recours devant la commission mentionnée à l'article L. 242-5.</p> <p>En cas de carence de la caisse, l'autorité compétente de l'Etat peut statuer, sauf recours devant ladite commission.</p> <p><u>Article L.422-4 CSS</u></p> <p>La caisse régionale peut :</p> <p>1° inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours de l'employeur à l'autorité compétente de l'Etat qui doit être saisie et doit se prononcer dans les délais qui sont fixés par voie réglementaire ;</p> <p>2° demander l'intervention de l'inspection du travail pour assurer l'application des mesures prévues par la législation et la réglementation du travail ;</p> <p>3° adopter des dispositions générales de prévention applicables à l'ensemble des employeurs qui, dans sa circonscription, exercent une même activité ou utilisent les mêmes types de machines ou de procédés.</p> <p>Lesdites dispositions n'entrent en vigueur qu'après été homologuées par les autorités compétentes de</p>

<p>avoir été homologuées par les autorités compétentes de l'Etat.</p> <p>Lorsque la caisse régionale impose une cotisation supplémentaire en vertu des dispositions de l'article L. 242-7 du présent code en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé dans les circonstances suivantes :</p> <p>1° imposition découlant de la méconnaissance de dispositions générales étendues dans les conditions prévues à l'article L. 422-1, à moins que l'arrêté d'extension n'en dispose autrement ;</p> <p>2° imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée pour récidive dans un délai déterminé ou pour persistance, après expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition de la cotisation supplémentaire.</p> <p><u>Article L.422-5 CSS</u></p> <p>Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par la caisse régionale aux entreprises qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leurs branches d'activité. Ces avances pourront être acquises aux entreprises dans les conditions prévues par la convention</p>	<p>l'Etat.</p> <p>Lorsque la caisse régionale impose une cotisation supplémentaire en vertu des dispositions de l'article L. 242-7 du présent code en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé dans les circonstances suivantes :</p> <p>1° imposition découlant de la méconnaissance de dispositions générales étendues dans les conditions prévues à l'article L. 422-1, à moins que l'arrêté d'extension n'en dispose autrement ;</p> <p><u>1°bis imposition découlant d'une répétition, dans un établissement d'une entreprise et dans un délai déterminé, de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté qui ont déjà donné lieu à une première injonction à cet établissement ou à un autre établissement de cette entreprise ;</u></p> <p>2° imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée pour récidive dans un délai déterminé ou pour persistance, après expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition de la cotisation supplémentaire.</p> <p><u>Article L.422-5 CSS</u></p> <p>Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par la caisse régionale aux entreprises qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leurs branches d'activité. Ces avances pourront être acquises aux entreprises dans les conditions prévues par la convention.</p> <p><u>La caisse mentionnée au premier alinéa peut également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par la caisse mentionnée au premier alinéa après avis des comités techniques mentionnés respectivement aux articles L. 422-1 et L. 215-4. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués.</u></p>
--	---



## **ARTICLE 43**

### **DOTATIONS ANNUELLES DU FCAATA ET DU FIVA**

#### 1<sup>ERE</sup> PARTIE : DOTATION DU FCATAA

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante s'adresse aux salariés du régime général ou du régime agricole atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante, aux salariés du régime général ayant travaillé dans certains établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage ou de calorifugeage à l'amiante, dans certains chantiers de construction et de réparation navales et dans certains ports, mentionnés par arrêtés.

Il est essentiellement financé par une contribution de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de la sécurité sociale fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, en application de la LFSS pour 1999 qui a créée le FCAATA, et d'une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac.

Au 30 avril 2009, plus de 32 700 personnes bénéficiaient du dispositif. Les sorties du dispositif (pour cause de départ à la retraite) progressent au fur et à mesure qu'il arrive à maturité (26 140 départs en retraite cumulés depuis 1999 à fin avril 2009).

Les charges supportées par le Fonds devraient légèrement décroître en 2009. Les dépenses devraient atteindre, en 2009, 911 M€, contre 929 M€ en 2008.

Le montant de la dotation de la branche AT/MP s'est élevé à 880 M€ pour 2009, contre 850 M€ en 2008. Cette dotation 2009 a compensé la disparition de la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante, contribution qui avait été mise en place par la LFSS pour 2005 et qu'a supprimé l'article 101 de la LFSS pour 2009.

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

Compte tenu des autres ressources dont dispose le Fonds (30 M€ de droits sur les tabacs estimés pour 2010), il est proposé de fixer la dotation pour l'année 2010 à 880 M€ pour le FCAATA.

Cette dotation devrait permettre un retour à l'équilibre en 2010 (résultat estimé d'environ 20 M€).

Elle est calculée à réglementation constante, la réflexion en cours sur les suites qui pourront être données au rapport Le Garrec remis en avril 2008 et proposant une réforme du dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante ne pouvant vraisemblablement pas aboutir à des mesures concrètes dès le PLFSS pour 2010.

Il n'y a pas d'alternatives pour atteindre l'objectif.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

#### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FCAATA intervient dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthelemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Régime général, Branche AT-MP		-880			

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

Sans objet

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

Sans objet

#### V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

##### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application immédiate

##### 2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

##### 3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

##### 4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

##### 5. Suivi de la mise en œuvre

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du Travail-Maladies professionnelles.

Elle a un impact direct sur l'indicateur n° 9 : part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

## I. PRESENTATION DE LA MESURE

### 1. Présentation du problème à résoudre et justification de l'intervention

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) est financé par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) du régime général de la sécurité sociale et par une contribution de l'Etat. La contribution de la branche AT/MP est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale sur la base de données contenues dans un rapport du conseil d'administration du fonds, transmis au Parlement et au Gouvernement au plus tard le 1er juillet.

Depuis sa création, le FIVA a été doté de 2,7 Md€ dont 2,4 Md€ provenant de la branche AT/MP.

Les dépenses d'indemnisation du FIVA ont fortement progressé en 2008 (+19 %) pour s'établir à 416 M€, dont 21,8 M€ de provisions (offres proposées aux victimes et non encore acceptées). Cette évolution est due aux trois événements suivants :

- les dépenses correspondant aux offres formulées par le FIVA et acceptées en 2008 sont passées de 201 M€ en 2007 à 224 M€ (+11,5 %) ;
- le montant des offres formulées les années antérieures à 2008 mais acceptées en 2008 a nettement augmenté (+62,5 %), passant de 57,5 M€ à 93,4 M€ ;
- les compléments versés suite à des décisions de Cour d'appel ont également fortement progressé passant de 27,1 M€ à 44,7 M€ (soit environ +65 %).

Malgré cette forte activité, le stock de dossiers en cours de traitement par le fonds est encore très important. Selon les dernières données fournies par le fonds, au moins 16 000 dossiers seraient en attente au FIVA début avril 2009. Ces dossiers concernent tous une victime ; ils peuvent, par ailleurs, contenir également des demandes complémentaires ou encore celles d'ayants-droit, ce qui multiplie le nombre d'offres à formuler. Afin d'apurer le stock de dossiers en attente, les moyens du fonds en personnel sont en cours de renforcement. Au titre de l'exercice 2009 ont été ainsi accordés à l'établissement 20 postes sur 9 mois (soit 15 ETP) permettant la mise en place de la cellule d'urgence préconisée par le rapport IGAS / IGF rendu en septembre 2008.

Ce renfort en personnel a justifié que la dotation 2009 du fonds soit fixée à 315 M€ alors même que le fond de roulement était fin 2008 à 300 M€.

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

Les premiers mois de l'année 2009 laissent à penser que les objectifs de résorption du stock des dossiers du fonds seront réalisés moins rapidement que prévu (recrutements intervenus à mi année 2009). Le montant des indemnisations devrait s'élever à 416 M€ en 2009 (montant équivalent à celui de 2008).

Le niveau du fonds de roulement (estimé à 275 M€ fin 2009) permettra d'absorber cette activité et justifie le maintien de la dotation AT-MP à hauteur de 315 M€ pour 2010. C'est la mesure proposée dans cet article du PLFSS.

L'aménagement des locaux du FIVA en août et la fin de la mise en place de la task force à l'automne devraient permettre d'atteindre en 2010 600 M€ d'indemnisations. A fin 2010, le résultat cumulé serait alors ramené à 75 M€.

Il n'y a pas d'alternatives pour atteindre l'objectif.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

Sans objet car la mesure consiste en la dotation financière d'un dispositif existant.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer une dotation annuelle, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le FIVA intervient dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthelemy. Il n'intervient pas dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régime général, Branche AT-MP		-315			

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

Sans objet

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

Sans objet

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La mesure est d'application directe.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Sans objet

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Sans objet

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Sans objet

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure est couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du Travail-Maladies Professionnelles.

Elle a un impact direct sur l'indicateur n°9 : part des contributions de la branche AT-MP consacrée à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

## **ARTICLE 44**

### **VERSEMENT ANNUEL DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DU REGIME GENERAL A LA BRANCHE MALADIE DU MEME REGIME**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La sous déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles se traduit in fine par une charge indue pesant sur la branche assurance maladie, maternité, invalidité, décès du régime général de la sécurité sociale. Des soins réalisés en ville ou à l'hôpital lui sont indûment imputés ; elle versera éventuellement une pension d'invalidité alors que l'incapacité de travail d'origine professionnelle est normalement réparée par une rente « accident du travail - maladie professionnelle ».

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale prévoit que la branche accidents du travail et maladies professionnelles compense cette charge par un versement annuel. Le montant du versement en cause est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Parallèlement, des efforts importants sont entrepris pour réduire la sous déclaration : réforme des procédures, amélioration de la qualité du service des caisses, information des praticiens sur les pathologies professionnelles.

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

Cette mesure vise à compenser le coût résultant pour la branche assurance maladie maternité, invalidité, décès de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cinq commissions se sont attachées à l'estimation du montant annuel des dépenses résultant de cette sous-déclaration: celle présidée par M. DENIEL en 1997, celles présidées par Mme LEVY ROSENWALD en 1999 et 2002 et celles présidées en 2005 et en 2008 par M. DIRICQ.

Cette dernière commission a conclu dans son rapport à une fourchette évaluée entre 565 M€ et 1015 M€. En conséquence, la loi de financement de la sécurité pour 2009 a fixé le montant de cette dotation à 710 M€, soit une augmentation de 300 M€ par rapport à la dotation de 2008.

Il est proposé de reconduire le montant de la dotation accordée en 2009 pour 2010 soit 710 M€.

Il n'y a pas d'alternative pour atteindre l'objectif.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS a rendu le 7 octobre un avis sur le PLFSS.

#### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

Sans objet car la mesure consiste en un versement annuel prévu par une mesure préexistante.

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

a) Possibilité de codification :

S'agissant de fixer le montant d'un versement annuel, la mesure n'est pas codifiée.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

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

Le régime général de la sécurité sociale couvre les quatre départements d'outre-mer, Saint-Martin et à Saint-Barthelemy. Il ne concerne pas les autres collectivités d'outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> (régime, branche, fonds)	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b> <i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>			
	<b>2009</b> (rectificatif)		<b>2009</b> (rectificatif)	<b>2009</b> (rectificatif)
Régime général, Branche AT-MP		-710		
Régime général, Branche maladie		+710		

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

Sans objet

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

Sans objet

#### V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'EVALUATION DE LA MESURE

##### 1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Cette mesure est d'application directe

##### 2. Existence de mesures transitoires ?

Sans objet

##### 3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

##### 4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

##### 5. Suivi de la mise en œuvre

La mesure n'est pas couverte par le programme de qualité et d'efficience Accidents du Travail-Maladies professionnelles.

## **ARTICLE 46**

### **FAIRE BENEFICIER LES ASSISTANTS MATERNELS DU PRET POUR L'AMELIORATION DE L'HABITAT**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Actuellement, le régime des prestations familiales autorise à accorder à ses allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat (PAH) dans des conditions et des limites fixées par décret. Ces prêts sont ouverts aux locataires ou propriétaires souhaitant effectuer des travaux pour améliorer leur logement, à un taux bonifié de 1 %. Le montant du prêt dépend du coût des travaux et peut atteindre 80 % des dépenses engagées dans la limite de 1067,14 €.

L'activité des assistants maternels et leur agrément sont étroitement liés aux conditions d'accueil des enfants mineurs à leur domicile.

Compte tenu du lien étroit entre la branche famille de la sécurité sociale et cette profession et, dans la perspective de faciliter le développement de ce mode d'accueil et de diminuer les obstacles à l'installation dans la profession, il est proposé d'ouvrir le dispositif du PAH aux assistants maternels. Ce prêt pourra leur permettre de financer des travaux effectués à leur domicile dès lors qu'ils sont liés à leur activité professionnelle. Ainsi, par exemple, des travaux destinés à améliorer la sécurité des enfants accueillis ou bien à transformer le logement pour permettre l'accueil des enfants en cas de 1<sup>ère</sup> installation pourraient être financés par le recours au PAH. Il pourra également accompagner le passage de trois à quatre enfants gardés, mis en place par la LFSS 2009.

Il s'agirait donc d'un dispositif complémentaire à la prime à l'installation prévue par la convention d'objectifs et de gestion (COG) CNAF/Etat 2009/2012. En effet, cette prime d'un montant de 300 € à 500 € vise à aider l'assistant maternel dans l'achat de matériel de puériculture destiné à l'accueil des enfants et dans l'équipement nécessaire à son activité (poussette, ...), tandis que le prêt permettra de financer des travaux dans le logement.

Enfin, il s'agit d'un prêt remboursable, et non pas d'une prime.

##### **2. Présentation de la mesure et des options possibles**

La mesure consiste à ouvrir aux assistants maternels le dispositif des prêts à l'amélioration de l'habitat accordés par les CAF, dispositif prévu par l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale aux assistants maternels, avec en contrepartie, un engagement des assistants maternels à participer au portail « mon enfant.fr » en y mettant leurs coordonnées et leurs disponibilités. Cette contrepartie devrait permettre d'accélérer la mise en œuvre d'un des engagements de la COG : améliorer la visibilité de l'offre de garde par territoire pour les parents, via monenfant.fr.

Par ailleurs, il est proposé de porter le plafond actuel du prêt à 10 000 € pour les assistants maternels. Le plafond actuel reste inchangé en ce qui concerne les prêts attribués aux allocataires.

Ce montant, beaucoup plus important qu'avant permet de réaliser de réelles améliorations du logement.

Enfin, des modalités de remboursement plus souple seraient prévues pour ce dispositif :

- échéancier porté de 36 mois à 120 mois maximum (10 ans maximum pour le remboursement) ;
- prêt à taux zéro, plutôt que prêt bonifié.

Toutefois, le montant du prêt accordé au regard des dépenses effectuées par l'assistant maternel resterait limité, comme pour les allocataires, à 80 %.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils d'administration de la CNAF et de la CCMSA ont rendu le 6 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- a) La mesure est de la seule compétence des Etats membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification

Les articles du code de la sécurité sociale suivants devront être modifiés :

- ouverture du champ des bénéficiaires du PAH (Art. L. 542-9),
- modification des modalités du dispositif du PAH (plafond - Art. D. 542-36 et durée de remboursement – Art. D. 542-37) (voir annexe)
- b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure s'appliquera dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint- Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle ne concerne pas Mayotte et les autres collectivités d'outre-mer.

#### 3. Entrée en vigueur

Application de la mesure à partir du 1er janvier 2010.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)			
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)			
	2010	2011	2012	2013
FNPF	- 0,5	- 1	-2	- 2

Au 31 décembre 2008, il y avait 11 507 bénéficiaires du PAH (stock).

Tableau des montants (source CNAF) :

En M€	2004	2005	2006	2007	2008
Prêts amélioration de l'habitat (solde PAH)	-4,10	-2,30	-4,22	-3,14	-2,16
Montant des prêts amélioration de l'habitat (PAH)	16,72	16,30	13,91	12,11	14,61
Remboursements des PAH	-20,82	-18,60	-18,12	-15,25	-16,77

En l'absence de données statistiques de la CNAF permettant un suivi par cohorte, il n'est pas possible de déterminer un montant moyen de prêt. Les 11 507 bénéficiaires actuels d'un PAH en cours en 2008 peuvent être rentrés dans le dispositif entre il y a 1 mois et 36 mois<sup>29</sup>. Le taux de recours au PAH est extrêmement faible, de l'ordre de 1 pour 1000 (11000 prêts en cours en 2008 pour 11 millions de bénéficiaires potentiels).

<sup>29</sup> Les prêts sont remboursables par fractions égales, en trente-six mensualités au maximum, exigibles à compter du sixième mois qui en suit l'attribution.



L'estimation réalisée d'une ouverture d'un PAH aux assistants maternels repose sur les hypothèses suivantes :

- taux de recours de 10 000 assistants maternels par an,
- répartition équilibrée des montants de prêts ouverts : prêt médian attribué à hauteur de 5000 €,
- durée du prêt : 5 ans,
- taux d'intérêt auquel la CNAF s'endette auprès de l'ACOSS : 2 % par an sur l'ensemble de la période (le taux 2010 étant de 1,6 %, on suppose qu'il devrait progresser légèrement).

### Estimation du coût

#### Coût brut

Pour un prêt moyen de 5 000 € d'une durée de 5 ans, chaque assistant maternel doit rembourser 83 € par mois. Les assistants maternels sortant du dispositif au bout de 5 ans, le coût du dispositif en régime de croisière n'est atteint qu'au bout de la 6<sup>ème</sup> année de sa mise en place. Ainsi, pour 10 000 assistants maternels entrés la première année, ce sont 50 000 assistants maternels qui remboursent 1 000 € la 5<sup>ème</sup> année, soit le montant de l'enveloppe. Le dispositif coûtera donc 100 M€ en cumulé au bout de 5 ans. A partir de la 6<sup>ème</sup> année, le coût annuel sera nul pour la CAF (aux intérêts près). Dans l'hypothèse où le dispositif s'arrêterait au bout de 5 ans, il faudrait 5 années supplémentaires à la CNAF pour récupérer les montants empruntés par les assistants maternels (soit les 100 M€ dépensés sur les 5 années de vie du dispositif).

#### Coût net

Si on considère que le dispositif a une durée de vie limitée, le coût net à terme correspond donc uniquement aux intérêts versés par la CNAF à l'ACOSS sachant que le prêt est accordé à taux 0 %. En 2010, le taux d'intérêt est de 1,6%, soit un coût estimé entre 1 et 3 M€ par an.

Années	Montant de l'enveloppe	Remboursement des assistants maternels	Coût brut <i>(sans prise en compte des remboursements en cas de suppression de la mesure au terme des 5 ans)</i>	Coût de la prise en charge des intérêts
2010	50 M€	10 M€	40 M€	0,5 M€
2011	50 M€	20 M€	30 M€	1,0 M€
2012	50 M€	30 M€	20 M€	2,0 M€
2013	50 M€	40 M€	10 M€	2,0 M€
2014	50 M€	50 M€	0 M€	2,5 M€
2015	50 M€	50 M€	0 M€	3,0 M€

Calculs : DSS/6C

L'augmentation du plafond des agréments des assistantes maternelles mis en place dans le cadre de la LFSS pour 2009, leur permettant d'accueillir 4 enfants au lieu de 3, est favorable à une progression de leur revenu et donc à leur capacité de remboursement. Mais en pratique, le revenu des assistants maternels est très hétérogène puisqu'il dépend du nombre d'heures réalisé et du nombre d'enfants accueillis.

Au regard de cette situation, il est prévu de permettre un lissage de leurs échéances de remboursement sur une durée plus longue que pour le dispositif classique du PAH (36 mois). Par exemple avec une durée de remboursement portée à 5 ans, l'échéance s'élèverait à 83 € par mois si le montant du prêt s'élève à 5 000 €.

## 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

### a) impacts économiques

Développement de l'offre de garde et amélioration de la conciliation vie familiale / vie professionnelle.

Mesure de soutien à l'emploi des assistants maternels.

b) Impacts sociaux

Amélioration des conditions d'accueil des enfants.

c) impacts sur l'environnement

Aucun.

**Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) Impact sur les assurés

Ouverture du dispositif du prêt à l'amélioration de l'habitat prévu par l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale aux assistants maternels.

b) Impact sur les employeurs ou cotisants

Aucun.

c) Impact sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Instruction de nouveaux dossiers par les caisses d'allocations familiales et les caisses locales de la MSA.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

Très faible.

e) Impact sur l'emploi des caisses et des administrations

La mesure peut être mise en œuvre sans création d'emploi supplémentaire.

**V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

**1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

L'ouverture du champ des bénéficiaires du PAH relève de la loi (Art. L. 542-9 du CSS), les modalités du dispositif du PAH (plafond, taux...) relèvent d'un décret simple (Art. D. 542-36 à D. 542-40 du CSS). Le décret simple sera publié au début de 2010.

**2. Existence de mesures transitoires**

Non

**3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

avril 2010

**4. Modalités d'information des assurés**

CAF et caisses locales de la MSA assureront une communication appropriée vers les assistants maternels.

**5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

Un bilan d'application de la mesure sera demandé à la CNAF et à la CCMSA.

## Annexe

Version consolidée de l'article modifié du code de la sécurité sociale :

<b>Version actuelle</b>	<b>Version modifiée</b>
<p>« Article L542-9 - Les régimes de prestations familiales sont autorisés à accorder à leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret. »</p>	<p>« Article L542-9 - Les régimes de prestations familiales sont autorisés à accorder à leurs allocataires, <b>ainsi qu'à l'assistant maternel visé à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles</b>, des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret. »</p>

## **ARTICLE 48**

### **RENFORCEMENT DU POUVOIR DE LA CCMSA EN MATIERE DE PILOTAGE DES CAISSES LOCALES**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le régime agricole s'est engagé en 2002 dans une opération de restructuration de son réseau qui aboutira en 2010, le réseau étant passé de 78 caisses en 2002 à 66 en 2007 pour atteindre le seuil de 35 au 1<sup>er</sup> avril 2010.

Dans le cadre de cette restructuration, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2009 avaient déjà amorcé le mouvement de renforcement des pouvoirs de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) tendant à lui conférer la dimension d'une véritable tête de réseau.

Le dispositif dit de l'article 102 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, relatif à la restructuration des caisses, a ainsi parfaitement fonctionné : il a permis de passer outre les réticences de certaines caisses opposées à la restructuration du réseau et mener à terme les fusions indispensables à l'atteinte d'une taille critique et à une mutualisation des moyens.

Ce mouvement s'est poursuivi en 2009 : l'art.112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a transféré à la CCMSA le contrôle des budgets de gestion administrative et des opérations immobilières des caisses locales, concourant ainsi à renforcer encore son rôle de pilotage national.

Il manque toutefois, encore à ce stade à la CCMSA, les moyens de faire appliquer aux caisses locales ses instructions tendant à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers.

En l'état du droit, la CCMSA ne dispose pas de pouvoirs suffisants pour amener les caisses du réseau à mettre effectivement en œuvre ses orientations institutionnelles dans les domaines du contrôle de gestion, des contrôles budgétaires et immobiliers, du contrôle interne, de la lutte contre les fraudes et de la gestion du risque.

Les mécanismes de gestion des caisses de MSA au plan local n'ont pas permis de mettre en place un véritable dispositif de contrôle de gestion englobant un pilotage par les coûts. Il existe actuellement des écarts de coûts encore significatifs entre les caisses de MSA.

Le pilotage national de la gestion des opérations immobilières, confié à la MSA par le PLFSS 2009, se met en place.

Dans le domaine de la maîtrise des risques financiers, le dispositif de contrôle interne mis en place par la MSA a été considéré par ses commissaires au compte comme étant insuffisamment développé et s'apparentant plutôt à un dispositif qualité, ce qui a justifié que les comptes 2008 de la MSA n'ont pas été certifiés.

##### **2. Présentation des options d'action possible et de la mesure retenue**

La mesure proposée vise donc à renforcer les pouvoirs de pilotage et de contrôle de la Caisse centrale de la MSA afin de lui donner les moyens d'assumer pleinement son rôle de tête de réseau du régime agricole et d'améliorer les performances des caisses dans une optique de maîtrise générale des coûts et des risques.

Pour ce faire, il est proposé de donner au conseil central d'administration, à travers sa commission de l'article 102, le pouvoir de se substituer aux élus des caisses locales défailtantes pour ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour en redresser la situation. Cette mesure permettra de tirer les bénéfices de la restructuration du réseau en matière de réduction des coûts

Cette mesure incitera les caisses à appliquer rapidement les instructions de la CCMSA. Elle facilitera aussi le mouvement d'uniformisation des méthodes de travail et légitimera encore davantage les directives nationales données par la Caisse centrale en matière de contrôle interne, de contrôle de gestion, d'opérations budgétaires et immobilières, de lutte contre les fraudes et de maîtrise

médicalisée, domaines dans lesquelles les caisses locales conservent encore une certaine autonomie au détriment parfois de l'efficacité.

Il s'agit donc d'opérer une rationalisation dans tous ces secteurs, laquelle produira nécessairement des économies d'échelle. A titre d'exemple des effets obtenus par les mesures précédentes, la CCMSA a refusé de valider les comptes de 5 caisses locales en 2008. Les effets de la restructuration conduisent d'autre part à diminuer les coûts de gestion de 1 % par an en euros courants sur la durée de la Convention d'objectifs et de gestion qui lie la CCMSA à L'Etat pour 2006/2010.

## II. CONSULTATION PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Le conseil d'administration de la caisse centrale de le Mutualité sociale agricole a rendu le 6 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- a) La mesure est de la seule compétence des États membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification :

La mesure sera introduite dans le code rural (création de l'article L.723-4-2).

- b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non

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

Les régimes de la mutualité sociale agricole sont applicables dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint Martin, à St Barthelemy. Ils ne concernent pas Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte ainsi que les autres collectivités d'outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

<u>Organismes impactés</u> <b>(régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009</b> <i>(rectificatif)</i>	<b>2010</b> <i>P ou R*</i>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
CCMSA			P +13 M€	+ 26 M€	+39 M€

Les charges administratives du réseau MSA représentent 1,3 Md€ par an.

Les pouvoirs de pilotage en matière financière accordés à la CCMSA par le projet d'article devraient permettre une réduction de ces charges et entraîner une économie globale de 65 M€ sur la durée de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) qui liera la caisse nationale à l'Etat de 2011 à 2015. L'Etat proposera que les engagements permettant de mettre en œuvre les économies prévues par le projet d'article soient inscrits dans le cadrage budgétaire de la prochaine convention.

Cet effort concernera les dépenses de fonctionnement et les charges de personnel avec l'effet lié au non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux. La réalisation de cette économie de gestion s'inscrira dans les suites de la restructuration du réseau de la MSA. Les regroupements de caisses ayant été réalisés, un pilotage centralisé du modèle organisationnel des caisses et de leurs règles de gestion financières permettra de retirer les gains économiques de cette restructuration avec notamment la spécialisation des sites de production, la mutualisation de certaines activités au plan régional, interrégional, voire national

#### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

- a) impacts économiques :

Aucun

b) impacts sociaux :

Aucun

c) impacts sur l'environnement :

Aucun

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés ou allocataires ou bailleurs :

Sans objet vu la nature de la mesure.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Sans objet vu la nature de la mesure.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure renforcera l'efficacité de la caisse centrale et de la gestion du réseau des caisses locales de MSA.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure ne nécessite pas la mobilisation de moyens nouveaux.

e) impact budgétaire :

Positif : la mesure a pour but de générer des économies de gestion du régime.

f) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La disposition prévue ne nécessite pas de mesure réglementaire d'application. Elle facilitera la mise en œuvre du cadrage budgétaire contenu dans la COG 2011/2015.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale**

La sera mise en œuvre interviendra progressivement au cours de l'année 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants ou tiers**

Sans objet vu la nature de la mesure.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

La mesure n'est pas couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS.

Un bilan annuel de ce nouveau dispositif sera réalisé par les services de la CCMSA.

## **ARTICLE 50**

### **REFORME DES PENALITES FINANCIERES**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La loi de financement de sécurité sociale pour 2006 a institué à l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale la possibilité au sein des branches vieillesse et famille d'infliger des pénalités financières en cas d'inexactitude ou de caractère incomplet des déclarations ou d'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations.

La pénalité est prononcée par le directeur d'un organisme après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. Un décret en Conseil d'Etat a précisé les modalités d'application de cette procédure notamment le barème des pénalités.

##### **Branche Famille**

###### En 2007

Les premières pénalités ont été notifiées aux usagers à compter de septembre/octobre 2007. En fin d'année 2007, 101 pénalités avaient été prononcées pour un montant total de 59 363 €, soit un montant moyen de 587 € par pénalité. Les pénalités ont été prononcées essentiellement pour des fraudes portant sur l'API, ces pénalités au titre de l'API représentant 46 063 € sur 59 363 €.

###### En 2008

Sur les 9 397 fraudes détectées en 2008, la branche Famille a infligé 1037 pénalités pour un montant de 528 170 €. Le montant moyen des pénalités était de 509 €. Les CAF ont par ailleurs déposé 2939 plaintes pénales.

##### **Branche vieillesse**

La branche vieillesse n'a infligé en 2009 (1<sup>er</sup> semestre) que 13 pénalités financières.

Le bilan d'application qui en a été réalisé conduit à proposer un certain nombre de modifications.

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

Plusieurs modifications pourraient être apportées au dispositif actuel :

- *La suppression de la nécessité de constater un indu.*

Assez logiquement, le dispositif a été conçu de manière à réprimer les faits ayant causé un préjudice financier à l'organisme. Toutefois, les organismes sont également amenés à détecter des actes frauduleux avant versement de la prestation. Tel est notamment le cas dans la branche vieillesse qui peut être amenée à mettre à jour une fraude commise durant la carrière d'une personne qui n'a pas encore procédé à la liquidation de sa pension de retraite. La Branche retraite a recensé 70 cas de fraudes avant paiement ne pouvant donner lieu à pénalités.

Il est donc proposé, à l'instar du dispositif existant déjà dans la branche maladie, de supprimer l'exigence de constater un indu.

- *La suppression d'un barème de pénalités établi en fonction du montant de l'indu.*

Les organismes ont été parfois confrontés à des indus d'un montant financier important mais plus liés à une négligence ou à une omission certes coupables qu'à une manœuvre frauduleuse caractérisée de l'allocataire. A l'inverse, les organismes ont réussi à mettre à jour suffisamment tôt des manœuvres frauduleuses visant à dissimuler certaines informations sur les ressources ou la composition familiale de sorte que l'indu constaté était d'un montant relativement faible.

Il est donc proposé que le montant de la pénalité soit désormais exclusivement fixé en proportion de la gravité des faits, le montant de l'indu constaté ou évité (montant de la prestation ou de la pension qui aurait été perçue indument) ne constituant alors qu'un critère d'appréciation de la gravité de ces faits.

En outre, la suppression de l'exigence d'un indu constaté conduit logiquement à renoncer à l'établissement d'un barème.

- *L'extension du champ des personnes susceptibles de se voir infliger une pénalité.*

Il s'agit de pouvoir appliquer ces pénalités à des tiers qui n'ont pas forcément la qualité d'assurés ou d'allocataires mais dont soit les agissements soit le silence ou l'inertie ont contribué à un versement ou une tentative de versement de prestations. Sont notamment visés les bailleurs en cas de fraudes au logement, la personne qui a connaissance du décès d'une personne et qui perçoit la pension d'une pension décédée, les employeurs en cas de travail illégal d'une personne bénéficiaire de prestations sociales, la personne qui en déclarant héberger un tiers à son domicile permet à ce dernier de percevoir indument une prestation.

- *L'allégement de la procédure.*

Les organismes font valoir que la saisine systématique de la commission constitue un véritable frein à la montée en charge du dispositif.

Les organismes rappellent qu'en pratique, dans la quasi-totalité des cas, les faits sont reconnus par la personne sanctionnée qui ne conteste pas la sanction et qu'en tout état de cause, la personne sanctionnée peut contester la décision devant le tribunal administratif.

Pour autant, il est important que dans le cadre d'une procédure de sanction, la personne susceptible d'être sanctionnée puisse, si elle le souhaite, faire valoir ses observations

Pour concilier le renforcement de l'efficacité de la procédure et le maintien de garanties procédurales pour la personne sanctionnée, il est donc proposé de maintenir l'existence d'une commission des pénalités financières mais qui ne statuerait qu'en cas de contestation du montant de la pénalité décidée par le directeur de l'organisme.

- *Un doublement du montant maximum des pénalités.*

Le montant de la pénalité est actuellement plafonné à 2 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le renforcement de la procédure passe par un relèvement du plafond afin notamment d'éviter au directeur de saisir le juge pénal lorsque les faits d'après lui justifient une sanction d'un montant supérieur à 2 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

- *L'intégration de nouveaux faits générateurs.*

Actuellement, l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale permet d'infliger des pénalités en cas :

- d'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées ;
- d'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations ;

Si ces faits générateurs sont suffisamment larges pour embrasser un grand nombre de cas de fraudes, certaines situations mériteraient néanmoins d'être expressément visées :

- la personne qui cumule des prestations sous conditions de ressources et a fait l'objet d'un constat de travail dissimulé.

A noter que pour la branche maladie, une réforme des pénalités introduite par l'article 115 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié la procédure de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. Elle permet de sanctionner toute personne faisant l'objet d'un constat de travail dissimulé, percevant indument une prestation d'assurance maladie.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils d'administration de la CNAF et de la CNAVTS ont rendu, respectivement le 6 et le 7 octobre, un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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



- a) La mesure est de la seule compétence des États membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification :

Oui. Modification de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale.

- b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Modification des articles R.114-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

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

La mesure est applicable dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint Martin, à St Barthelemy et à Saint Pierre et Miquelon. Elle n'est pas applicable à Mayotte et dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

<b>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P ou R*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ex : RG (famille et vieillesse)		1 M€	1M€	1M€	1M€

Un doublement du montant des pénalités peut être raisonnablement attendu dès lors que :

- pour la branche Famille, 1037 pénalités pour un montant de 528 170 € ont déjà été infligées pour 2008;
- pour la branche Vieillesse, la possibilité d'infliger des pénalités en cas de préjudice évité lorsque la fraude est détectée avant paiement sera de nature à faire décoller le dispositif. Au premier semestre 2009, la Branche retraite a recensé 70 cas de fraudes avant paiement ne pouvant donner lieu à pénalités.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

- a) impacts économiques

Non

- b) impacts sociaux :

Le champ des prestations concernées par cette mesure est large.

- c) impacts sur l'environnement

Non

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

- a) impact sur les assurés ou allocataires ou bailleurs :

Il s'agit de donner un effet plus dissuasif aux pénalités en les rendant plus adaptées aux faits commis et faire en sorte qu'elles soient prononcées plus rapidement.

- b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Non

- c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure a pour but de renforcer l'efficacité et l'efficience (amélioration du rapport coût /résultats) d'une procédure mise en œuvre par les CAF et les CARSAT et visant à prévenir et dissuader la fraude.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure aura pour effet de réduire la charge de gestion liée au fonctionnement des commissions des pénalités financières.

e) impact budgétaire :

La mesure aura pour effet de réduire les coûts de gestion liés au fonctionnement des commissions des pénalités financières.

f) impact sur l'emploi :

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Le décret portant modification des articles R.114-10 et suivants du code de la sécurité sociale sera publié au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Les dispositions actuelles de l'article L.114-17 resteront en vigueur dans l'attente des textes d'application.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale**

La mesure sera mise en œuvre immédiatement à compter de l'entrée en vigueur du texte d'application. Les commissions de pénalités financières sont déjà constituées et continueront à fonctionner.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants ou tiers**

La procédure actuelle prévoit déjà une notification de la sanction et une obligation d'informer l'auteur de la fraude de la possibilité de présenter ses observations écrites ou orales. La mesure envisagée prévoit également la possibilité de formuler un recours gracieux.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un **Programme de qualité et d'efficience (PQE)** annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoit déjà un bilan annuel détaillé de chaque action de lutte contre la fraude. Les actions engagées dans le cadre de ce dispositif seront décrites à l'occasion de ce rapport annuel.

**Annexe**

Texte consolidé des articles L.114-15 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale modifié et des articles L262-52 et L262-53 du code de l'action sociale et des familles

ANCIEN TEXTE	NOUVEAU TEXTE
<p><b>Article L. 114-15</b></p> <p>Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a travaillé sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en oeuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code.</p> <p>Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en oeuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail</p>	<p><b>Article L. 114-15</b></p> <p>Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a travaillé sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en oeuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, <b>L. 114-17</b>, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code.</p> <p>Sans changement</p>
<p>Article L.114-17. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles, l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.</p>	<p><b>Article L.114-17.- Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :</b></p> <p><b>« 1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;</b></p> <p><b>« 2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;</b></p> <p><b>« 3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;</b></p> <p><b>« 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire »</b></p>
<p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. Le</p>	<p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de <b>quatre</b> fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. Le</p>

<p>directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.</p>	<p>directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter..</p> <p><b>La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.</b></p>
<p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.</p>	<p>La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative. <b>La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles. » ;</b></p>
<p>En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p>	<p>Sans changement</p>
<p>Les modalités d'application du présent article, <b>notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités,</b> sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>

ANCIEN TEXTE	NOUVEAU TEXTE
<p><b>L 262-52 du code de l'action sociale et des familles</b></p> <p>La fausse déclaration ou l'omission délibérée de déclaration ayant abouti au versement indu du revenu de solidarité active est passible d'une amende administrative prononcée et recouvrée dans les conditions et les limites définies pour la</p>	

<p>pénalité prévue à l'<a href="#">article L. 114-17 du code de la sécurité sociale</a>. La décision est prise par le président du conseil général après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'<a href="#">article L. 262-39</a> du présent code. La juridiction compétente pour connaître des recours à l'encontre des contraintes délivrées par le président du conseil général est la juridiction administrative.</p> <p>Aucune amende ne peut être prononcée à raison de faits remontant à plus de deux ans, ni lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé d'une amende administrative, la révision de cette amende est de droit. Si, à la suite du prononcé d'une amende administrative, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, la première s'impute sur la seconde.</p> <p>Le produit de l'amende est versé aux comptes de la collectivité débitrice du revenu de solidarité active.</p>	<p>Sans changement</p> <p>Sans changement</p> <p><b>« L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;</b></p> <p>sans changement</p>
<p><b>L262-53 du code de l'action sociale et des familles</b></p> <p>En cas de fausse déclaration, d'omission délibérée de déclaration ou de travail dissimulé constaté dans les conditions mentionnées à l'<a href="#">article L. 262-43</a> ayant conduit au versement du revenu de solidarité active pour un montant indu supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, ou en cas de récidive, le président du conseil général peut, après avis de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'<a href="#">article L. 262-39</a>, supprimer pour une durée maximale d'un an le versement du revenu de solidarité active, à l'exclusion des sommes correspondant à la différence entre le montant forfaitaire applicable mentionné au 2° de l'<a href="#">article L. 262-2</a> et les ressources du foyer définies à l'article L. 262-3. Cette sanction est étendue aux membres du foyer lorsque ceux-ci se sont rendus complices de la fraude.</p> <p>La durée de la sanction est déterminée par le président du conseil général en fonction de la gravité des faits, de l'ampleur de la fraude, de sa durée et de la composition du foyer.</p> <p>Cette suppression ne peut être prononcée lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée</p>	<p>Sans changement</p>

<p>par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé de la suppression du service des allocations, celles-ci font l'objet d'un versement rétroactif au bénéficiaire. Si, à la suite du prononcé d'une décision prise en application du présent article, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, les montants de revenu de solidarité active supprimé s'imputent sur celle-ci.</p> <p>La décision de suppression du revenu de solidarité active et l'amende administrative prévue à <a href="#">l'article L. 262-52</a> ne peuvent être prononcées pour les mêmes faits.</p> <p>La décision de suppression prise par le président du conseil général est transmise à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole qui en informent, pour son application, l'ensemble des organismes chargés du versement du revenu de solidarité active.</p>	<p>Sans changement</p> <p>La décision de suppression du revenu de solidarité active, <b>la pénalité mentionnée à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale</b> et l'amende administrative prévue à <a href="#">l'article L. 262-52</a> ne peuvent être prononcées pour les mêmes faits.</p> <p>Sans changement</p>
--	---

# **ARTICLE 51**

## **DETECTION DES LOGEMENTS FICTIFS OUVRANT DROIT AU VERSEMENT D'AIDES PERSONNELLES AU LOGEMENT**

### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

La lutte contre les fraudes aux finances publiques est une priorité gouvernementale.

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) souligne régulièrement l'importance des fraudes aux aides personnelles aux logements qui représentent 30 % des fraudes détectées par la branche famille en 2008.

Ces fraudes sont notamment rendues possibles par la production de fausses déclarations telles que la production d'un faux bail correspondant à un logement fictif.

Le contrat de bail n'étant plus soumis à une quelconque procédure d'enregistrement, depuis la suppression à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 de la contribution représentative du droit au bail, il est désormais relativement aisé à deux personnes de souscrire un contrat de bail pour un logement qui n'existe pas et de solliciter ensuite une aide au logement.

Les caisses d'allocations familiales (CAF) n'ont actuellement pas les moyens pour contrôler de manière efficace l'attribution des aides au logement dans l'hypothèse de logement fictif suite à la complicité entre un bailleur et un locataire bénéficiaire d'une aide personnelle au logement.

L'accès aux fichiers détenus par l'administration fiscale leur permettrait de s'assurer que le logement existe.

Toutefois, le bailleur n'ayant pas la qualité d'allocataire, il doit être considéré juridiquement comme un tiers vis-à-vis de la CAF qui ne dispose pas, en l'état actuel du droit, de la possibilité de rechercher des informations auprès de lui.

Aussi, cette mesure vise à renforcer les moyens à la disposition des CAF dans leur mission de contrôle de l'attribution des aides aux logements en leur permettant d'obtenir de la direction générale des finances publiques communication des données fiscales relatives aux locaux et aux propriétaires-bailleurs, qui sont strictement nécessaires à ce contrôle, à travers un dispositif informatisé.

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

Pour atteindre cet objectif de contrôle, la CNAF avait un moment envisagé d'établir un référentiel des logements consistant à recenser tous les logements en France. Après expertise, ce projet de long terme et particulièrement coûteux a été écarté au profit de la mise en place de procédures d'échanges avec l'administration fiscale qui a obligatoirement connaissance de tous les logements y compris ceux nouvellement construits.

La mesure proposée a donc pour objet d'habiliter par la loi les caisses d'allocations familiales à obtenir communication d'informations auprès des services fiscaux sur un bien immobilier aux seules fins de vérifier sa réalité.

Le recueil d'informations sur les bailleurs via une transmission d'informations avec l'administration fiscale permet d'atteindre cet objectif.

### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de la CNAF et le conseil central de la mutualité sociale agricole ont rendu le 6 octobre un avis sur le PLFSS.

### **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure est de la seule compétence des États membres.

b) La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification :

L'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale, l'article L. 831-7 du code de la sécurité sociale, l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales ainsi que l'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation sont modifiés. Voir en annexe la version consolidée des articles modifiés.

b) Abrogation de dispositions obsolètes :

Non.

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

La mesure est applicable dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint Martin et à St Barthelemy. Elle n'est pas applicable à Mayotte (spécialité législative en matière de protection sociale), à Saint Pierre et Miquelon (le logement y est une compétence propre de la collectivité) ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

<b>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P ou R*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Régime général (famille)		+ 5 M€	+5 M€	+5 M€	+5 M€

La fraude, toutes prestations confondues, détectée et rectifiée par la branche famille s'élève à 80 M€ en 2008 et un objectif de détection de 100 M€ a été assignée à la branche famille pour 2009. La fraude aux aides au logement représentait, en 2008, environ 20 % du montant total du préjudice financier subi par la branche Famille au titre des fraudes, ce qui représente un objectif de détection de près de 20 M€ pour 2009.

On peut donc raisonnablement attendre un rendement financier de cette mesure autour de 5 M€, au titre du préjudice constaté et du préjudice évité.

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

La mesure envisagée aura un impact faible voire nul sur le marché locatif. L'attitude des bailleurs vis-à-vis de ce contrôle semble sans incidence sur leur décision de louer leur logement :

- d'une part, le marché locatif est largement solvabilisé grâce aux aides aux logements et certains logements ne peuvent être offerts qu'à des personnes bénéficiaires de ces aides ;
- d'autre part, en permettant à la CAF, le cas échéant, de demander des informations au bailleur, ce dernier, informé de la procédure d'attribution à son locataire d'une aide au logement, peut être rassuré sur la solvabilité de son locataire et la réduction du risque de loyers impayés.

b) impacts sociaux :

On ne peut considérer comme ayant un impact social (sur l'inclusion sociale par exemple) une mesure permettant aux CAF de supprimer une aide financière frauduleusement perçue (aide au logement alors que le logement est inexistant).

c) impacts sur l'environnement

Non

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés ou allocataires ou bailleurs :



Les modalités d'échanges entre les caisses d'allocations familiales et les services fiscaux font actuellement l'objet d'une expertise.

A ce stade, la mesure ne devrait impliquer aucune démarche complémentaire tant pour l'allocataire que pour le bailleur par rapport aux procédures et pièces justificatives actuellement demandées pour l'attribution d'une aide au logement.

Une formalité supplémentaire ne serait envisageable pour les bailleurs uniquement si le numéro d'identification fiscale devait constituer le critère à partir duquel les recoupements seront effectués.

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Non

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Il est prévu que la communication d'informations aux CAF par les services fiscaux sur la réalité des logements, rendue possible par cette habilitation législative, soit automatisée.

Ces informations viendraient renforcer les moyens de contrôle existants des CAF sans augmenter leur charge de travail. Si le logement n'existe pas dans le fichier consulté, cette information devra conduire les CAF à opérer une visite sur place avant un éventuel refus ou une suspension de prestations logement ; les informations ainsi recueillies permettent de mieux cibler les contrôles sur place, d'accroître par conséquent leur efficacité sans nécessairement augmenter leur nombre.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La caisse nationale d'allocations familiales et la direction générale des finances publiques devront travailler à la mise en place d'un échange d'informations automatisé.

Le projet informatique est en cours d'expertise : les développements informatiques nécessaires devraient être opérationnels pour le second semestre 2010.

e) impact budgétaire :

f) impact sur l'emploi : mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

L'article D. 583-1 du code de la sécurité sociale devra être modifié afin de préciser les modalités d'information des bailleurs ainsi que des dispositions réglementaires du code de la construction et de l'habitation.

Un texte réglementaire et, s'agissant d'un traitement informatique sur des données nominatives (noms des propriétaires d'un bien immobilier dont on veut vérifier la réalité), une procédure CNIL, seront nécessaires.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale**

La forme que doit revêtir les échanges informatisés entre les Caisses d'allocations familiales et les services fiscaux n'est pas encore exactement définie.

Les modalités de transmission et le périmètre des informations à transmettre font l'objet d'un examen par la caisse nationale des allocations familiales et le ministère du logement en concertation avec la direction générale des finances publiques.

Ce dispositif sera mise en place courant 2010.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants ou tiers**

Une action de communication à destination des bailleurs devra vraisemblablement être envisagée, d'autant plus si le n° d'identification fiscale constitue le critère à partir duquel les recoupements seront effectués ; dans ce cas en effet, les bailleurs seront amenés à indiquer leur numéro d'identification fiscale sur les imprimés de demande d'allocation logement.

## **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un **Programme de qualité et d'efficacité (PQE)** annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoit un bilan annuel détaillé de chaque action de lutte contre la fraude. Les actions engagées dans le cadre de ce dispositif seront décrites à l'occasion de ce rapport annuel.

Par ailleurs, un indicateur relatif au nombre de logements fictifs détectés à partir de ces échanges sera élaboré et fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

## Version consolidée des articles modifiés

### Version actuelle

#### Article L. 583-3 du CSS

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire ou le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.

Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement.

Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de les leur communiquer.

Les informations demandées aux allocataires ou aux demandeurs, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Un décret fixe les modalités d'information des allocataires ou des demandeurs dont les déclarations font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

### Version proposée

#### Article L. 583-3 du CSS

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent expose l'allocataire, **le demandeur ou le bailleur** aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, **les demandeurs ou les bailleurs** les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.

Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. **Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue.**

Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de les leur communiquer.

Les informations demandées aux allocataires, **aux demandeurs, aux bailleurs**, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Un décret fixe les modalités d'information des allocataires, **des demandeurs ou des bailleurs** dont les déclarations font l'objet

Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.

#### Article L. 831-7 du CSS

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire ou le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation.

Ces organismes sont habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement est assuré par le personnel assermenté desdits organismes.

d'un contrôle défini dans le présent article.

Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.

#### Article L. 831-7 du CSS

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article L. 114-14.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent l'allocataire, **le demandeur ou le bailleur** aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, **les demandeurs ou les bailleurs** les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation. **Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est prévue.**

Ces organismes sont **également** habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement **ou des bailleurs** est assuré par le personnel assermenté desdits

### **Article L. 152A du Livre des procédures fiscales**

Conformément à l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires.

### **Article L. 351-12 du Code de la construction et de l'habitation**

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'aide personnalisée au logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes chargés du paiement de l'aide selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire ou le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les bénéficiaires ou les demandeurs les communiquent par déclaration auxdits organismes.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 353-11, le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement est assuré par le personnel assermenté des organismes et des services chargés du paiement de l'aide. Les administrations publiques, notamment par application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, sont tenues de communiquer à ce personnel toutes les pièces nécessaires à l'exercice de ce contrôle.

organismes.

### **Article L. 152A du Livre des procédures fiscales**

**En application des articles L. 583-3 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale et L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation**, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires **et des bailleurs**.

### **Article L. 351-12 du Code de la construction et de l'habitation**

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'aide personnalisée au logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes chargés du paiement de l'aide selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le bénéficiaire, **le demandeur ou le bailleur** aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les bénéficiaires, **les demandeurs ou les bailleurs** les communiquent par déclaration aux dits organismes

Sous réserve des dispositions de l'article L. 353-11, le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement est assuré par le personnel assermenté des organismes et des services chargés du paiement de l'aide. **Il peut également contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'aide personnalisée au logement est perçue.** Les administrations publiques, notamment par application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, sont tenues de communiquer à ce personnel toutes les pièces nécessaires à l'exercice de ce contrôle.

## **ARTICLE 52**

### **PROROGATION DE L'EXPERIMENTATION D'UNE NOUVELLE SANCTION ADMINISTRATIVE EN CAS DE FRAUDE AUX AIDES PERSONNELLES AU LOGEMENT, LA « SUPPRESSION POUR L'AVENIR »**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Le I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement : la suppression du service des prestations pendant une durée d'un an maximum.

Cette mesure dont l'objectif est de sanctionner plus efficacement les fraudes, consiste à supprimer, pour l'avenir, le service de la prestation fraudée et des deux autres aides personnelles au logement. L'article de loi mentionne ainsi qu'une fraude à l'allocation de logement familiale (ALF), l'allocation de logement sociale (ALS) ou l'aide personnalisée au logement (APL) « est sanctionnée par la suppression du service de ces allocations ».

Avec cette nouvelle sanction administrative, si une personne se voit supprimer le bénéfice de l'ALS (qui s'applique aux personnes isolées résidant dans le parc privé), elle ne pourra donc pas bénéficier par ailleurs de l'APL si elle déménage en logement conventionné durant la période d'application de la sanction.

Il peut être établi un bilan nuancé de l'expérimentation concernée.

En effet, en 2008, selon les statistiques communiquées par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), 62 décisions de suspension des aides au logement ont été prononcées par les caisses d'allocations familiales (CAF). Si les chiffres pour 2009 ne sont pas encore disponibles, le nombre de sanctions prononcées en 2008 apparaît faible.

Les éléments d'explication fournis par les organismes débiteurs des aides personnelles au logement (CNAF et CCMSA) indiquent qu'elle a été peu prononcée en raison notamment d'une mise en œuvre récente et d'une faible appropriation du dispositif par les caisses.

Aussi, il est proposé de proroger la phase d'expérimentation du dispositif initialement prévue jusqu'au 31 décembre 2009. Ce délai supplémentaire permettra de mieux cerner l'utilisation par les caisses de cette sanction et son utilité en matière de lutte contre la fraude.

En accord avec les conclusions du rapport précité, c'est la prolongation de la phase d'expérimentation du dispositif qui est donc proposée ici dans le cadre du PLFSS 2010. Un rapport d'évaluation de la mesure sera transmis au Parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale.

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

Deux options sont envisageables :

- une première option consisterait à supprimer le dispositif dans la mesure où les éléments fournis par les organismes débiteurs des aides personnelles au logement (CAF et CCMSA) un an et demi après sa mise en œuvre indiquent qu'elle a été peu prononcée ; cependant, il est aujourd'hui difficile de porter un jugement sur la mise en œuvre de la mesure, du fait de son peu d'application ;
- une seconde option est de proroger la phase d'expérimentation du dispositif pour une durée d'un an afin de mieux évaluer l'utilisation de cette sanction par les CAF et CCMSA et son utilité en matière de lutte contre la fraude.

C'est cette seconde option qui est retenue.

#### **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de la CNAF et le conseil central de la CCMSA ont rendu le 6 octobre un avis sur le PLFSS.

### III. ASPECTS JURIDIQUES

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

- a) La mesure est de la seule compétence des États membres.
- b) La mesure est compatible avec le droit européen.

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

- a) Possibilité de codification : non s'agissant d'une mesure expérimentale.
- b) Abrogation de dispositions obsolètes : non.
- c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure est applicable dans les quatre départements d'outre-mer, à Saint Martin et à St Barthelemy. Elle n'est pas applicable à Mayotte (spécialité législative en matière de protection sociale), à Saint Pierre et Miquelon (le logement y est une compétence propre de la collectivité) ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

### IV. EVALUATION DES IMPACTS

#### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
Ex : RG (famille)		+ 1	+1	+1	+1

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

En 2008, selon les statistiques communiquées par la CNAF, 62 décisions de suspension des AL ont été prononcées par les CAF. Sur l'échantillon de 16 CAF pour lesquelles les données sont disponibles et qui ont appliqué la sanction pour l'avenir en 2008, le préjudice brut global pour les caisses (c'est-à-dire avant le recouvrement éventuel des indus et des pénalités) s'élève à 391 495 euros. Le nombre de cas concernés étant de 38, le montant moyen du préjudice brut est de 10 303 euros pour les caisses.

En prenant une hypothèse où le nombre de sanctions augmenterait en 2010 et serait de 100 cas, on obtient un rendement de la mesure de 1 M€ environ sur les CAF concernées par l'expérimentation.

#### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

- a) impacts économiques

Aucun.

- b) impacts sociaux :

La mesure peut fragiliser la situation économique précaire de certains locataires qui fraudent pour majorer le montant de leur aide au logement mais dans la mesure où il s'agit de fraude, cet impact social est difficile à considérer.

- c) impacts sur l'environnement

Non.

#### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

- a) impact sur les assurés ou allocataires ou bailleurs :

Les allocataires pourront être sanctionnés au cours d'une année supplémentaire.

- b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Non.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

La mesure continuera d'être gérée par les CAF et les caisses locales de la MSA.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun. Il s'agit de la prorogation d'un dispositif existant.

e) impact budgétaire :

Non évalué à ce jour, mais très faible.

f) impact sur l'emploi :

Mesure à gérer avec les moyens disponibles.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

La lettre ministérielle du 6 mai 2008 relative à la mise en œuvre du I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 devra être modifiée afin de notifier la prorogation du dispositif.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale**

Dans la mesure où il s'agit de la prorogation d'une sanction existante et déjà appliquée par les CAF et les caisses locales de la MSA, aucun délai de mise en œuvre n'est à attendre.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants ou tiers**

Aucune.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non.

si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

Les modalités du suivi de la prorogation du dispositif seront notifiées par circulaire. Par ailleurs, un rapport d'évaluation de la mesure, assorti des observations de la CNAF et de la CMSA sera transmis au Parlement par le ministre chargé de la sécurité sociale. Ce bilan aura lieu avant la date de fin d'application de la mesure.



## Annexe

Version consolidée de l'article modifié

<b>Version actuelle</b>	<b>Version proposée</b>
<p><b>Article 110 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008</b></p> <p>I.-La fraude aux allocations mentionnées aux articles L. 542-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, notamment la fausse déclaration délibérée ayant abouti au versement de prestations indues, lorsqu'elle est constatée pour un montant supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, est sanctionnée par la suppression du service de ces allocations selon la procédure définie à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La durée de la sanction est fixée en fonction de la gravité des faits, dans la limite d'une année à compter de la décision administrative de suppression. Le directeur de l'organisme de sécurité sociale concerné prend notamment en compte le montant de la fraude, sa durée, la récidive éventuelle et la composition du foyer.</p> <p>Cette suppression ne peut être prononcée lorsque la personne concernée a pour les mêmes faits déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé de la suppression du service des allocations, celles-ci font l'objet d'un versement rétroactif au bénéficiaire. Si, à la suite du prononcé d'une suppression des allocations, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, le montant des allocations supprimées s'impute sur celle-ci.</p> <p>Le présent I s'applique jusqu'au 31 décembre 2009. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation de cette mesure, assorti des observations des organismes ayant participé à l'expérimentation.</p> <p style="text-align: center;">(...)</p>	<p><b>Article 110 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008</b></p> <p>I.-La fraude aux allocations mentionnées aux articles L. 542-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, notamment la fausse déclaration délibérée ayant abouti au versement de prestations indues, lorsqu'elle est constatée pour un montant supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, est sanctionnée par la suppression du service de ces allocations selon la procédure définie à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La durée de la sanction est fixée en fonction de la gravité des faits, dans la limite d'une année à compter de la décision administrative de suppression. Le directeur de l'organisme de sécurité sociale concerné prend notamment en compte le montant de la fraude, sa durée, la récidive éventuelle et la composition du foyer.</p> <p>Cette suppression ne peut être prononcée lorsque la personne concernée a pour les mêmes faits déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé de la suppression du service des allocations, celles-ci font l'objet d'un versement rétroactif au bénéficiaire. Si, à la suite du prononcé d'une suppression des allocations, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, le montant des allocations supprimées s'impute sur celle-ci.</p> <p>Le présent I s'applique jusqu'au 31 décembre <b>2010</b>. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 <b>septembre 2010</b>, un rapport d'évaluation de cette mesure, assorti des observations des organismes ayant participé à l'expérimentation.</p> <p style="text-align: center;">(...)</p>

# ARTICLE 53

## MESURES RELATIVES AU CONTROLE DES ARRETS DE TRAVAIL

1<sup>ERE</sup> PARTIE : INDEMNITES JOURNALIERES MALADIE

– GENERALISATION DE LA CONTREVISITE

### I. PRESENTATION DE LA MESURE

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

La mesure vise à inscrire dans la loi les conditions de la généralisation de l'expérimentation prévue à l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Les dispositions prévues modifient les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux missions du contrôle médical, en particulier l'article L. 315-1.

##### a. Le contexte : l'expérimentation de l'article 103 de la LFSS 2008

Le complément employeur et son corollaire, la contrevisite, ont été créés par les dispositions prévues à l'article 7 de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 sur la mensualisation, annexé à la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.

Désormais codifiées à l'article L. 1226-1 du code du travail, ces dispositions imposent aux employeurs, sous certaines conditions, le versement d'une indemnité complémentaire à celle versée par les organismes de sécurité sociale en cas d'incapacité résultant de maladie. En contrepartie, ces dispositions permettent aux employeurs de faire procéder, par un médecin, à une contrevisite du salarié en arrêt maladie, dont la sanction peut être la suspension du complément versé par l'employeur.

Actuellement, le code de la sécurité sociale (article L. 315-1) prévoit que le médecin qui a effectué une contrevisite à la demande d'un employeur et qui a conclu au caractère injustifié de l'arrêt maladie transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse dont relève le salarié. A la réception de cet avis, le service du contrôle médical peut décider de demander à la caisse de suspendre le versement de l'indemnité journalière versée par la sécurité sociale (IJSS). Toutefois, la suspension de l'IJSS n'est pas automatique, alors même qu'un médecin a conclu à la non justification de l'arrêt maladie, et le service du contrôle médical de la CPAM n'est pas tenu de contrôler le salarié concerné.

**C'est ce constat qui a donné naissance à l'article 103 en LFSS 2008.** En effet, il apparaissait nécessaire de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical des caisses et des prérogatives des employeurs en matière de contrevisite. Dans le prolongement des actions conduites depuis 2004 par le Gouvernement et l'Assurance maladie en matière de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières maladie, l'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré une procédure expérimentale impliquant, jusqu'au 31 décembre 2009, dix caisses du régime général et de la mutualité sociale agricole.

Dans le cadre de cette expérimentation, deux situations sont prévues :

En premier lieu, le constat médical de la non justification d'un arrêt maladie, établi par le médecin diligenté par l'employeur qui a pratiqué la contrevisite, entraîne nécessairement une décision du service du contrôle médical de la caisse. A la réception de cet avis, le service du contrôle médical doit en effet :

- soit contrôler à son tour le salarié ;
- soit, comme c'est le cas actuellement, demander à la caisse – sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire – de suspendre immédiatement le versement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale. La caisse d'assurance maladie en informe alors l'assuré et son employeur.

L'expérimentation prévoit que dans un délai de 10 jours à compter de la notification de la décision de suspension des IJSS, l'assuré peut contester cette décision. Le service du contrôle médical dispose

alors d'un délai de 4 jours pour se prononcer. Si la nouvelle décision du contrôle médical infirme la décision initiale de suspension des IJSS, l'assuré est alors rétabli dans ses droits.

**En second lieu**, la caisse d'assurance maladie est autorisée, en cas de prescription d'un arrêt maladie consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières de la sécurité sociales, à suspendre le versement des IJSS dans l'attente de la décision du service du contrôle médical, qui dispose d'un délai de 4 jours pour se prononcer. Cette mesure vise à lutter contre les arrêts maladie consécutifs, répétés et de complaisance.

#### **b. Bilan de l'expérimentation**

L'évaluation de cette expérimentation, détaillée dans un rapport du 14 septembre 2009 remis au Parlement, conclut à son succès un an après le début de sa mise en œuvre et à l'intérêt de sa généralisation moyennant certains ajustements.

##### **Bilan quantitatif :**

Pour le régime général, 223 cas ont été répertoriés, dont 51 cas recevables au sens de l'article 103, et 172 cas non recevables :

- par cas « recevables », on entend les cas où le médecin diligenté par l'employeur a transmis au service médical un rapport précisant qu'il a pu examiner le patient, c'est-à-dire les cas rentrant strictement dans le champ de l'expérimentation ;
- par cas « non recevables », on entend les cas où le médecin diligenté par l'employeur a bien transmis au service médical un rapport, mais que celui-ci précisait que le patient était absent de son domicile ou ne précisait pas s'il y avait vraiment eu examen du patient.

Il convient bien d'examiner l'ensemble des cas répertoriés car il a été demandé aux caisses de faire convoquer systématiquement l'assuré par le contrôle médical, à chaque fois que l'absence du salarié était constatée lors d'une contrevisite et ne pouvait être justifiée par ce dernier.

##### **Par conséquent, pour l'ensemble des cas :**

- **89 arrêts ont été jugés justifiés, soit 40 % des assurés.**
- **35 personnes ne se sont pas rendues à la convocation, soit 16 % des assurés<sup>30</sup>.**
- **61 cas de reprise de travail anticipée ont été notés, soit un ratio de 27 % rapporté à l'ensemble des assurés.**
- **38 arrêts de travail ont été jugés non justifiés** par les services du contrôle médical lorsqu'ils en ont été saisis, soit **un ratio de 17 % de l'ensemble des assurés. 20 suspensions d'indemnités journalières, soit un ratio de 52,6 % sur l'ensemble des assurés** dont l'arrêt a été déclaré injustifié, ont fait suite à ce contrôle. L'écart entre les 38 arrêts non justifiés et les 20 suspensions d'indemnités journalières s'explique probablement par un retour au travail rapide des personnes concernées (arrêt arrivant à sa fin ou personne reprenant le travail après le contrôle).

Au total, si 9 % seulement des assurés ayant fait l'objet d'une contrevisite ont vu leurs indemnités journalières suspendues, on peut noter qu'ils représentent plus de 50 % des assurés pour lesquels le contrôle médical avait suivi l'avis du médecin contrôleur (arrêt injustifié). Les arrêts injustifiés concernent 17 % des assurés contrôlés. Il est important de souligner aussi que 27 % des assurés ont repris le travail suite à la contrevisite, avant même d'être convoqués par le service médical. Enfin, 16 % des assurés ne se sont pas rendus à la convocation et ont donc été sanctionnés.

**En définitive, sur 223 cas, 60 % des contrevisites ont été suivies, soit d'une reprise du travail, soit d'une suspension d'IJ, soit d'une autre sanction. Sur la base des 51 cas entrant strictement dans le champ de l'expérimentation près de 70 % d'entre eux ont donné lieu, soit à une reprise du travail, soit à une suspension d'IJ.**

##### **Enseignements de l'expérimentation :**

---

<sup>30</sup> Dans ce cas, les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale ont été appliquées, conformément aux dispositions de l'article L. 323-6 qui prévoit notamment qu'en cas d'inobservation volontaire de l'assuré de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, la caisse peut retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues.

- **Un effet positif sur la reprise de l'emploi.** Le fait que le salarié reprenne immédiatement le travail à la suite d'une contrevisite montre clairement qu'elle a un impact direct sur le retour à l'emploi, ce qui en fait un outil pertinent dans la lutte contre les arrêts de travail abusifs.
- **Un renforcement de la coordination des actions de contrôle des caisses avec celles conduites par les employeurs.** L'un des principaux objectifs de l'expérimentation, consistant à renforcer la coordination des caisses d'assurance maladie avec les employeurs dans le contrôle des arrêts maladie, a été atteint, grâce notamment aux efforts importants déployés par les caisses pour communiquer avec les employeurs locaux ou leurs représentants sur les enjeux de l'expérimentation d'une part (utilisation des médias grand public, ciblage des supports à destination des employeurs, réunion avec les sociétés de contrôle) et grâce d'autre part à l'envoi systématique de courriers aux employeurs en cas de signalements d'arrêts suspicieux.
- **Un renforcement du partenariat avec les sociétés de contrôle, mais des délais de transmission trop longs.** Pour remédier à des délais de transmission des rapports de contrevisite, trop longs, il a été mis en place par exemple dans le Vaucluse une procédure de collaboration entre le service médical et les sociétés de contrôle, qui a permis aux rapports d'être transmis dans un délai de 48h après la visite. Depuis que s'est mis en place ce partenariat étroit avec les sociétés de contrôle, 100 % des rapports sont transmis, contre 2 % l'année précédente. **Il n'en reste pas moins qu'il est ressorti de l'expérimentation que le rapport de contrevisite qui doit selon l'article L 315-1 du CSS être obligatoirement transmis par le médecin contrôleur au médecin conseil ne l'est pas, ou alors trop tardivement, ce qui empêche la caisse d'agir, la personne ayant déjà repris le travail, l'arrêt étant arrivé à son terme.**

### **c. Nécessité de l'intervention du législateur**

La mesure vise à inscrire dans la loi les conditions de la généralisation à l'ensemble des caisses d'assurance maladie des procédures de contrôle ayant fait l'objet de l'expérimentation prévue à l'article 103 de la LFSS pour 2008. Dans ce but, les dispositions prévues modifient les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux missions du contrôle médical : afin de généraliser la procédure relative à la contrevisite employeur, il convient de modifier l'article L.315-1 du CSS ; afin de mettre en place une procédure de suspension des IJ en cas de prescription d'un arrêt maladie consécutive à une décision de suspension des IJ par la caisse, il convient de créer un nouvel article.

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

Il y avait trois options d'actions possibles :

- Soit ne pas généraliser le dispositif
- Soit le généraliser sur des bases strictement identiques à celles de l'expérimentation
- Soit le généraliser en le modifiant,

En raison du succès de l'expérimentation décrit ci-dessus, il est proposé de généraliser le dispositif en le modifiant toutefois à la marge pour tenir compte de certains enseignements de l'expérimentation.

**Une première mesure** consiste à compléter et à étendre à l'ensemble des caisses l'expérimentation prévue au I de l'article 103 de la LFSS pour 2008, en prévoyant à la réception de l'avis d'un médecin diligenté par un employeur pour effectuer une contrevisite concluant au caractère injustifié de l'arrêt de travail d'un salarié, l'obligation pour le service du contrôle médical de la caisse de prendre la décision :

- soit de contrôler à son tour le salarié, sur pièces ou dans le cadre d'une convocation ;
- soit, comme c'est le cas actuellement, de demander au service administratif de la caisse – sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire – de suspendre immédiatement le versement des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

Par rapport à l'expérimentation initiale, la procédure de contrôle par le service du contrôle médical est également prévue en cas de réception par la caisse d'un avis mentionnant que l'assuré n'a pu être examiné (du fait de son absence du domicile, de sa non-soumission volontaire à l'examen du médecin mandaté par l'employeur...).

La mesure vise également à introduire un délai de transmission au service du contrôle médical des avis de contrevisite rendus par les médecins diligentés par les employeurs, ceux-ci négligeant jusqu'à présent l'obligation légale qui leur est faite d'adresser cet avis aux caisses. Cette disposition, nouvelle

par rapport à l'expérimentation, apparaît nécessaire pour renforcer la coordination de l'action de contrôle des caisses avec celle conduite par les employeurs.

**Une seconde mesure** vise à généraliser la disposition prévue au II de l'article 103 de la LFSS pour 2008, à savoir la possibilité pour la caisse, en cas de prescription d'un arrêt maladie consécutive à une décision de suspension des IJ par la caisse, de subordonner la reprise du versement des indemnités journalières à la décision du service du contrôle médical.

## II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT

Les conseils de l'UNCAM et de la CNAMTS, ainsi que le conseil d'administration de la CCMSA ont rendu, respectivement les 7 et 6 octobre, un avis sur le PLFSS.

La CNAMTS et la CCMSA ont été étroitement associées au dispositif : mise en œuvre de l'expérimentation, du bilan de celle-ci et de la généralisation.

## III. ASPECTS JURIDIQUES

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

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

Les mesures sont de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...

et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

Les mesures sont compatibles avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

Oui : modification du II de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale et création de l'article L. 323-7 au sein du même code.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans les départements d'outre-mer, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Elle n'est pas applicable à Mayotte et Saint-Pierre Miquelon, ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

## IV. EVALUATION DES IMPACTS

### 1. Impact financier

Les dépenses d'IJ maladie du régime général se sont élevées, en 2008, à 5,69 Md€<sup>31</sup>, soit une évolution de +5,7 % par rapport à l'année 2007. Cette évolution des dépenses est portée par les deux types d'IJ, les IJ de courte durée (< à 3 mois) qui en 2008 ont généré 3,38 Md€ de dépenses, soit une évolution de +6,1 % par rapport à 2007, et les IJ maladie de longue durée (2,30 Md€ en 2008) qui ont également contribué à la hausse des dépenses globales d'IJ par leur croissance de 5,3 % par rapport à l'année précédente.

**La première mesure** vise principalement à modifier en profondeur le comportement des bénéficiaires d'arrêts maladie « de complaisance » en coordonnant les actions du service du contrôle médical des caisses et des employeurs afin de permettre un retour à l'emploi rapide des salariés concernés. Un impact sur les dépenses d'indemnités journalières maladie est certes attendu mais il sera dégressif dans le temps si la mesure produit l'effet comportemental escompté.

---

<sup>31</sup> Données brutes en date des soins, décembre 2008.

**La seconde mesure** constitue un outil supplémentaire de lutte contre les arrêts maladie consécutifs, répétés et de complaisance. En tant que tel, il permettra de limiter le service d'IJSS indues.

Il s'agit donc de mesures d'économie qui peuvent être estimées à 350 000 € en 2010 (il s'agit d'une estimation basse). Les résultats de l'expérimentation menée en application de l'article 103 de la LFSS pour 2008 font apparaître que, sur les 6 caisses pilotes du régime général, en un peu plus de 6 mois d'expérimentation, 223 rapports de contrevisite ont été reçus par les services du contrôle médical. Sur les 223 cas recensés, 20 ont fait l'objet d'une suspension d'IJ pour un montant de 8 623 €. **Ce montant ne tient toutefois pas compte des IJ économisées en raison des reprises de travail anticipé.** Extrapolé France entière de manière très approximative<sup>32</sup>, ce montant représente toutefois une économie de l'ordre de 172 000 € sur 6 mois pour le seul régime général, soit de **344 000 € sur un an, auxquels devraient être ajoutées les économies réalisées sur les IJ non servis du fait d'une reprise d'activité anticipée** (non évaluée). En outre, la mesure de généralisation devrait permettre une augmentation des transmissions des rapports de contrevisite et ainsi dégager des économies supplémentaires.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P	2011	2012	2013
CNAMTS		+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4

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

## 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Voir 3b) impact pour les différentes personnes physiques ou morales concernées.

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Voir 3a) impact pour les différentes personnes physiques ou morales concernées.

c) impacts sur l'environnement

Quel est l'impact potentiel de la gestion de la mesure sur le développement durable et comment en limiter les effets négatifs ?

Néant

## 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés / professionnels de santé

**Concernant la première mesure**, le service du contrôle médical des caisses devant obligatoirement donner suite à l'avis du médecin diligenté par l'employeur en contrôlant éventuellement à son tour le salarié qui a fait l'objet d'un avis de contrevisite concluant à l'absence de justification de l'arrêt maladie ou constatant l'impossibilité d'examen de l'intéressé, seuls les bénéficiaires d'arrêts maladie « de complaisance » seront sanctionnés. Il n'y aura donc pas d'impact néfaste sur la santé des assurés.

L'introduction d'un délai de transmission pourrait provoquer des réactions de mécontentement chez les médecins prestataires des sociétés de contrevisite, susceptibles de considérer cette modalité de transmission comme constituant une formalité administrative plus contraignante. Une information spécifique à ce sujet en direction des professionnels du secteur devra ainsi accompagner la mise en œuvre de la mesure.

<sup>32</sup>

Régime général	Nb d'assurés actifs	Nb de rapports de contrevisites	Economies sur les IJ en €
Au sein des caisses pilotes	1 681 993	223	8 623
France entière	33 447 913	4 435	171 476

**Concernant la seconde mesure**, le service du contrôle médical reste maître de la décision finale relative au service des IJSS, ce qui constitue la garantie que seuls les arrêts non médicalement justifiés seront sanctionnés. Cette mesure n'aura donc pas non plus d'impact négatif sur la santé des assurés.

b) impact sur les employeurs ou cotisants

L'un des effets attendus des deux mesures étant un retour en emploi anticipé, les employeurs réaliseront des économies sur le versement du complément employeur des indemnités journalières de 2<sup>ème</sup> voire de 3<sup>ème</sup> niveau. En outre, la limitation des arrêts maladie injustifiés permettra aux entreprises d'améliorer leur mode de fonctionnement et leur gestion des ressources humaines.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Cette mesure ne devrait pas entraîner de charge supplémentaire pour les caisses. La mise en œuvre repose essentiellement sur le service du contrôle médical des caisses primaires d'assurance maladie. Celui-ci va devoir travailler en lien plus étroit avec les sociétés de contrôle, mais à terme la nouvelle procédure peut lui permettre un gain de temps : certains contrôles administratifs seront réalisés plus vite (alors même qu'ils auraient de toute façon dû être réalisés par ailleurs) – et surtout la disposition lui permettra de suspendre les IJ sans contrôle médical de sa part.

d) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Non.

e) impact sur l'emploi : effectifs ETP à mobiliser, formation à assurer, compatibilité avec les moyens fixés par la COG (nouvelle allocation des moyens ou recrutement – temporaires ou permanents – nécessaires.)

Les mesures doivent être mises en œuvre à effectifs constants pour les services des organismes de sécurité sociale.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Décret simple pour fixer le délai de transmission de l'avis du médecin diligenté par l'employeur pour effectuer une contre visite au service du contrôle médical de la caisse ; pour fixer le délai qu'a l'assuré pour saisir le service du contrôle médical pour réexamen de sa situation et le délai dans lequel celui-ci se prononce ; pour fixer le délai dans lequel doit intervenir le nouvel arrêt de travail pour déclencher la nouvelle procédure de l'article L 323-7.

Le décret sera publié au 1er trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès publication du décret d'application.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information sera réalisée sur le site securite-sociale.fr et via une campagne de communication mise en œuvre par la CNAMTS.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

La mesure sera suivie dans le cadre d'un bilan d'activité confié aux caisses nationales.

## ANNEXE

Version consolidée des articles du code de la sécurité sociale modifiés

### **Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale**

I.-Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles [L. 251-2](#) et [L. 254-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

II.-Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

**Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1er de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai défini par décret. Au vu de ce rapport, ce service :**

**1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;**

**2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré.**

III.-Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis.-Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

IV.-Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis.-Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.



V.-Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

**Nouvel article L. 323-7**

**Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical.**

## **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

Les salariés en arrêt maladie perçoivent une indemnité journalière sous réserve de respecter certaines obligations fixées à l'article L. 323-6 du Code de la sécurité sociale, sous peine de sanction. Parmi les obligations énumérées à cet article figurent le respect des heures de sortie autorisées et l'interdiction d'exercer toute activité non autorisée. En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, la caisse d'assurance maladie peut retenir tout ou partie des indemnités journalières dues pour la durée de l'arrêt de travail restant à courir.

Cette disposition du Livre III du Code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux assurés relevant du régime social des indépendants (RSI). En conséquence, en cas de non respect des heures de sortie pendant un arrêt maladie, la caisse du RSI peut uniquement retenir l'indemnité versée le jour où l'absence du domicile a été constatée.

La retenue d'un seul jour de travail apparaît peu dissuasive pour l'assuré d'autant plus que cette absence du domicile peut se traduire par la continuité de l'exercice de l'activité professionnelle. Elle est également peu rentable pour la caisse d'assurance maladie par rapport aux coûts de gestion engendrés. Pour ces raisons, à ce jour, les caisses du RSI hésitent à pratiquer ce type de contrôle. Il existe donc un risque réel d'abus ou de fraude auquel il est proposé de répondre.

Des expérimentations des dispositions relatives aux salariés ont été localement réalisées et cette thématique a été inscrite pour la première fois au plan national de lutte contre les fraudes, fautes et abus du régime pour 2009 sur la base des expérimentations mises en œuvre au niveau local.

Pour transposer les dispositions prévues à l'article L. 323-6 du CSS aux travailleurs non salariés des professions non agricoles, il convient de modifier l'article L. 613-20 du CSS et donc de faire intervenir la loi.

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

La mesure vise donc à appliquer aux assurés affiliés au régime social des indépendants les dispositions prévues par l'article L. 323-6 du Code de la sécurité sociale en cas d'inobservation des obligations auxquelles doit se soumettre le bénéficiaire d'une indemnité journalière, soit un dispositif essentiel à la lutte contre la fraude et les abus en matière d'arrêts maladie, créé pour les salariés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Elle permettra ainsi d'harmonisation des règles de contrôle des arrêts de travail entre le régime général et le régime social des indépendants.

Cette mesure est proposée par le RSI.

Il n'existe pas d'autres options possibles pour arriver à ce résultat.

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Le conseil d'administration de la caisse nationale du RSI a rendu le 5 octobre un avis sur le PLFSS.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

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

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

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

La mesure est compatible avec le droit européen.

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

a) Possibilité de codification

L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale sera modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

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

La mesure est applicable dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Elle n'est pas applicable à Saint-Pierre Miquelon, à Mayotte ni dans les autres collectivités d'outre-mer.

## **IV. EVALUATION DES IMPACTS**

### **1. Impact financier**

L'extrapolation sur le plan national des résultats des contrôles mis en œuvre par le RSI au niveau local en 2008 permet d'estimer un impact financier de la mesure à hauteur d'environ 900 000€. Ce montant peut certes être rapporté au montant total des IJ versées, soit environ 200 millions €, mais doit surtout l'être de l'objectif financier du régime en matière de lutte contre les fraudes, fautes et abus à savoir 3 680 0000 € pour 2009.

A noter que les IJ maladie du RSI font partie de la liste des prestations supplémentaires (contrairement aux prestations de base) et doivent donc nécessairement être équilibrées en dépense et en recette par le régime.

<b>Organismes impactés (régime, branche, fonds)</b>	<b>Impact financier en droits constatés (en M€)</b>				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	<b>2009 (rectificatif)</b>	<b>2010 P*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
RSI (maladie)		+ 0,9	+ 0,9	+ 0,9	+ 0,9

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

### **2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux**

a) impacts économiques

Voir 3b) impact pour les différentes personnes physiques ou morales concernées.

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Voir 3a) impact pour les différentes personnes physiques ou morales concernées.

c) impacts sur l'environnement

Quel est l'impact potentiel de la gestion de la mesure sur le développement durable et comment en limiter les effets négatifs ?

Néant

### **3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées**

a) impact sur les assurés / professionnels de santé

La mesure permettra de sanctionner les assurés qui n'observent pas l'obligation de respecter les heures de sortie autorisées par le médecin prescripteur de l'arrêt de travail et qui n'ont pas de raison valable pour ce faire. Ainsi, seuls les bénéficiaires d'arrêts maladie « de complaisance » seront sanctionnés. Il n'y aura donc pas d'impact néfaste sur la santé des assurés.

b) impact sur les employeurs ou cotisants

L'un des effets attendus de cette mesure est le retour anticipé à l'activité professionnelle.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale

Elle ne devrait pas entraîner de charge supplémentaire pour les caisses locales du RSI et devrait en revanche permettre une rentabilité accrue du contrôle.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

La mesure ne nécessite pas d'adaptation du système d'information.

e) impact budgétaire :

Sans objet

f) impact sur l'emploi :

La mesure doit être mise en œuvre à effectifs constants pour les caisses.

## V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un décret *simple* sera nécessaire pour transposer les dispositions de l'article R.323-11-1 du code de la sécurité sociale relatif aux salariés. Il sera publié au cours premier trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires ?**

Non.

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

La mesure sera mise en œuvre dès publication du décret d'application.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

L'information sera réalisée par le RSI et sur le site securite-sociale.fr.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

Non

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

La mesure sera suivie dans le cadre d'un bilan d'activité confié aux caisses nationales.

## Annexe

Version consolidée de l'article du code de la sécurité sociale modifié

### **Article L613-20**

Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 321-1 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 322-2.

**Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article**

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

## **ARTICLE 54**

### **PENALITES ADAPTEE AUX FORTES ACTIVITES DE SOINS DE SANTE**

#### **I. PRESENTATION DE LA MESURE**

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

L'assurance maladie dispose aujourd'hui d'un dispositif complet et efficace de sanction des différents acteurs et usagers du système de soins (assurés, employeurs, professionnels de santé et établissements) qui auraient commis des fautes, des fraudes ou des abus au préjudice d'un organisme d'assurance maladie. C'est en effet l'article L.162-1-14 dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (art 115) qui a rénové ce dispositif peu mis en œuvre jusqu'alors.

Pourtant, certaines activités peuvent aboutir à des volumes de facturation sans commune mesure avec les moyens humains disponibles dans une caisse primaire d'assurance maladie ou un service de contrôle médical.

Pour l'activité en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) des établissements de santé, le législateur a doté les caisses d'une procédure de sanction adaptée et dont le montant est assis sur le chiffre d'affaire (sanctions dites T2A prévues par l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale). La mise en place de ce dispositif a permis à la CNAMTS de mettre en œuvre un programme de contrôle de la tarification des établissements qui, selon les informations de la caisse nationale diffusées le 5 mars 2009 a permis de dégager près de 112 M€ d'économies pour 1500 établissements contrôlés entre 2006 et 2008.

En revanche, aucune réponse n'existe encore pour le monde libéral ou pour les établissements hors activité en MCO. Pourtant, la facturation de certains pharmaciens, fournisseurs, transporteurs sanitaires, laboratoires, établissements hors T2A (ex : psychiatrie, Soins de Suite et Réadaptation) atteignent parfois des dimensions telles que leur facturation n'est pas plus contrôlable dans leur exhaustivité, ou dans des proportions approchant, que celle des établissements de santé en T2A.

Il en résulte que les contrôles opérés ne portent que sur une partie infime de l'activité et que la créance, même doublée d'une pénalité, est sans rapport avec le bénéfice réellement retiré et n'est, par suite, absolument pas dissuasive.

On constate d'ailleurs, dans le bilan des actions diffusé par la CNAMTS par lettre réseau (LR-DCCRF 11/2009), que pour l'année 2008, sur 407 pénalités financières représentant un montant total de 528 855 € seules 5 concernaient les établissements, laboratoires et pharmaciens pour un montant de 8 046 € (soit 1,2 % en nombre et 1,5 % en montant). Ces données témoignent de la grande difficulté rencontrée par les organismes locaux pour procéder aux études indispensables sur ce type d'activité. Par ailleurs, il a été constaté à l'occasion de campagnes de contrôles nationales en cours sur les structures susmentionnées, des volumes de factures impliquant un contrôle individualisés voire des enquêtes administratives ou médicales, qui après ciblage sur un thème précis, sont de l'ordre de 20 000 dossiers pour une seule structure et un seul organisme local.

Il faut donc prévoir, dans ces cas, comme pour les établissements de santé en matière de tarification à l'activité (articles L.162-22-18 et R.162-42-10 du code de la sécurité sociale), la possibilité d'extrapoler les résultats d'un contrôle par échantillon, à l'ensemble de l'activité du professionnel de santé concerné pour la période de contrôle considérée afin d'appliquer une pénalité dissuasive.

S'agissant d'une procédure de sanction, une base législative est indispensable et aucun autre vecteur ne peut permettre d'aboutir à un résultat similaire.

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

Il est préconisé de définir un cas de pénalité spécifique et d'exception lorsqu'un pharmacien, un laboratoire de biologie médicale, un établissement de santé (hors activité T2A), un fournisseur ou une société de transport sanitaire ou de taxis aura une activité manifestement sans rapport avec les moyens de contrôle de l'organisme local, cette notion étant encadrée par un décret en conseil d'Etat qui sera concerté avec les représentants des structures concernées et qui mentionnera les cas d'utilisation et le montant du chiffre d'affaire minimum permettant d'utiliser cette procédure.

Les professionnels de santé en tant que personne physique ne sont pas visés par ce type de contrôle compte tenu de leur activité par essence limitée.

Le directeur de l'organisme local pourra, après avis conforme du directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), réaliser un contrôle sur la base d'un échantillon dont la méthode de détermination sera fixée par décret en conseil d'Etat.

A l'issue du contrôle le directeur pourra prononcer une pénalité assise sur le chiffre d'affaire correspondant à l'activité concernée laquelle sera fonction du montant des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. La procédure proposée réintègre l'ensemble des garanties offertes par les dispositifs prévus au L.162-1-14 et L.162-22-18 et en ajoute de nouvelles. Des garanties fortes d'impartialité, d'information et de respect des droits de la défense assortissent ainsi la procédure proposée :

*Une procédure d'exception, strictement encadrée :*

- Des critères limitatifs d'utilisations définis par la loi et précisés par décret en Conseil d'Etat assurant une utilisation dans les seuls cas où cela est nécessaire.
- L'avis conforme du directeur de l'UNCAM préserve cette procédure de contrôle d'un usage inapproprié que pourraient en faire les organismes locaux et garantit le caractère exceptionnel de cette procédure

*L'information et droit de la défense assurés :*

- l'information complète de l'intéressé sur les modalités du contrôle et la possibilité pour celui-ci de les contester à tout moment et, notamment, lors de l'entretien obligatoire (imposé à l'article L.162-1-14) avec le directeur de l'organisme local ou devant la commission des pénalités voire, si nécessaire, devant les juridictions administratives ;
- le renvoi à l'article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale garantit une procédure contradictoire strictement encadrée, notamment depuis le décret n° 2009-982 du 20 août 2009 portant application de l'article 115 de la LFSS pour 2009 sus-évoqué ; l'intéressé bénéficie de la possibilité d'être entendu, dans des délais garantis, à la fois par le directeur et par la commission des pénalités, laquelle est composée pour moitié de représentants de la profession concernée ;

*Une pénalité proportionnée :*

- La loi, fixe un taux proportionné de majoration maximum appliqué au montant d'indu calculé par extrapolation. Afin de tenir compte de l'impact de la méthode de contrôle utilisée, le taux n'est pas égal à 50 % et 200 % comme dans le L.162-1-14 mais est divisé par deux et fixé à 25 % et 100 %;
- la notion d'activité sera définie par décret en Conseil d'État, tout comme elle l'a été pour l'application de la mise sous accord préalable par décret du 30 juin 2008,

## **II. CONSULTATIONS PREALABLES A LA SAISINE DU CONSEIL D'ETAT**

Les conseils de la CNAMTS, de l'UNCAM et de la CCMSA ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAMTS ont été saisis pour avis de cette mesure.

## **III. ASPECTS JURIDIQUES**

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

- a) La mesure relève de la seule compétence des États membres et n'est donc pas une mesure d'application du droit dérivé européen.
- b) La mesure est compatible avec le droit communautaire tel qu'éclairé par la jurisprudence de la CJCE et de la CEDH.

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

- a) Possibilité de codification

La mesure est codifiée comme article L.162-1-14-2 au sein du code de la sécurité sociale.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Aucune

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

La mesure sera applicable dans les quatre DOM, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin ainsi qu'à Saint-Pierre-et-Miquelon. Elle ne le sera pas à Mayotte ni dans les autres collectivités d'Outre-mer.

#### IV. EVALUATION DES IMPACTS

##### 1. Impact financier

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -) Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2009 (rectificatif)	2010 P ou R*	2011	2012	2013
Tous régimes	0	P + 20	+ 20	+ 20	+20

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

Les caisses locales du régime général ont recensé en 2007 (cf. synthèse de la CNAMTS produite en application de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale) pour les seuls cas de fraude concernant 4 acteurs visés par la mesure (les pharmaciens, laboratoires, fournisseurs et établissements hors T2A) un préjudice pour l'assurance maladie de 10 M€.

Ce chiffre ne tient compte que des montants avérés sur pièces et ne concerne pas les cas plus communs de fautes et abus. En procédant à des contrôles sur une partie limitée de l'activité, donc par échantillonnage, il est raisonnablement permis d'estimer que le dispositif proposé permet au moins de tripler les montants concernés. En effet, l'échantillon ne pourra, par définition, représenter plus d'un 1/3 de la totalité de la facturation, sans quoi la mesure n'a plus de sens au regard de l'objectif poursuivi (NB : il devrait, selon les règles statistiques et mathématiques en la matière, être très fortement inférieur mais il s'agit ici d'une hypothèse maximaliste). Dès lors, si l'on divise par trois le nombre de dossiers contrôlés, on multiplie d'autant le rendement des contrôles, portant l'impact financier de la mesure proposée à **20 M€** au minimum.

##### 2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun impact identifié

b) impacts sociaux : sur l'emploi, la santé, l'inclusion sociale...

Aucun impact identifié

c) impacts sur l'environnement

Aucun impact identifié

##### 3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les assurés :

Aucun impact

b) impact sur les employeurs ou cotisants :

Aucun impact sur les employeurs ou cotisants. Cette mesure a au contraire un impact sur les professionnels de santé : elle aboutira à des contrôles plus fréquents et plus efficaces sur les professionnels concernés mais ce dispositif est également source d'allègement pour le contrôlé dans la mesure où un nombre de pièces moins important sera analysé et qu'il n'aura donc pas à produire et justifier l'ensemble des éléments d'activité et de facturation pour une longue période, mais simplement pour une partie de son activité.

c) impacts sur les administrations publiques ou des caisses de sécurité sociale



Les agents de contrôles des caisses locales d'assurance maladie en procédant à un contrôle sur une portion limitée de l'activité pourront consacrer plus de temps à la détection d'autres fraudes.

L'effet indirect dissuasif pour ces professions, principal intérêt du dispositif, s'il ne peut être quantifié, est également générateur d'efficience.

d) Impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information :

Aucun impact sur les systèmes d'information.

e) impact budgétaire :

Aucun coût

f) impact sur l'emploi :

Aucun emploi supplémentaire à prévoir. Le personnel des caisses est disponible pour mettre en œuvre la mesure.

## **V. PRESENTATION DE LA MISE EN ŒUVRE, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DE LA MESURE**

### **1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication**

Un décret en Conseil d'État sera nécessaire pour encadrer la procédure, définir la méthode de détermination de l'échantillon, notamment les modalités de tirage au sort des prestations ou facturations contrôlées ainsi que les thèmes de contrôle pouvant déboucher sur cette modalité de sanction. Sa publication interviendra au cours du deuxième trimestre 2010.

### **2. Existence de mesures transitoires : Non**

### **3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants**

Mise en œuvre suite à la publication du décret en Conseil d'État.

### **4. Modalités d'information des assurés ou cotisants**

Un processus particulier d'information des professionnels de santé concernés sera mis au point par la CNAMTS.

### **5. Suivi de la mise en œuvre**

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure, en facilitant la sanction des fraudes, impactera l'indicateur 5.4 du PQE maladie relatif à la lutte contre la fraude.

- des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficience) ?

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoit un bilan détaillé de chaque action de contrôle. Par ailleurs, l'article R.147-8 du même code, tel que modifié par le décret n°2009-982 du 20 août 2009 (JO du 21), prévoit pour trois ans un bilan semestriel détaillé des pénalités financières prononcées. Ce bilan sera étendu aux pénalités prononcées sur la base du présent article.