

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'économie
et des finances

Ministère des affaires sociales
et de la santé

**TEXTE SOUMIS A LA DELIBERATION DU
CONSEIL DES MINISTRES**

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2017

NOR : ECFX1623944L/Bleue-1

PREMIÈRE PARTIE :
Dispositions relatives à l'exercice 2015
Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2015, sont approuvés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	191,3	197,1	-5,8
Vieillesse	223,8	223,6	0,2
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,3	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	468,4	474,7	-6,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	464,9	475,1	-10,2

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,4	173,2	-5,8
Vieillesse	120,1	120,5	-0,3
Famille	52,8	54,3	-1,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	11,9	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	340,3	347,2	-6,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	338,5	349,2	-10,8

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	20,5	-3,9

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 181,8 milliards d'euros ;

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

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 13,5 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le déficit consolidé du régime général de sécurité sociale et du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) s'est établi à 10,8 milliards d'euros en 2015. Ce montant correspond à une amélioration de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'exercice 2014 et représente une amélioration de 2,7 milliards d'euros par rapport à l'objectif fixé initialement en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Ces chiffres marquent ainsi une accélération de la dynamique de rétablissement des comptes sociaux engagé depuis 2012.

Sur le périmètre tous régimes de base et FSV, le déficit s'établit à 10,2 milliards d'euros soit 3 milliards d'euros d'amélioration par rapport à la prévision de la loi de financement précitée.

Pour la sixième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté : les dépenses relevant de ce champ ont été de 181,8 milliards d'euros en 2015, soit une sous-exécution de 0,5 milliard d'euros par rapport à l'objectif fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et une sous-exécution de 0,1 milliard par rapport à l'objectif révisé dans la partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Enfin, la Caisse d'amortissement de la dette sociale aura amorti en 2015, 13,5 milliards d'euros soit un montant supérieur à l'objectif de 13,1 milliards fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et proche de l'objectif réévalué en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Les tableaux d'équilibre ci-dessus sont établis sur le fondement des états financiers annuels approuvés par les organismes à la suite de leur audit par la Cour des comptes ou les commissaires aux comptes. L'ensemble de ces comptes ont été certifiés (le cas échéant avec certaines réserves).

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2015, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2015 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE :
Dispositions relatives à l'exercice 2016

Article 3

I. - Au I de l'article 85 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le montant : « 307 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 62 millions d'euros ».

II. - A l'article 25 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le montant : « 40 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 90 millions d'euros ».

III. - Il est institué, au titre de l'année 2016, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2016.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. - Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 44,7 millions d'euros pour l'année 2016.

Exposé des motifs

En application de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2001, les ressources du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2016, le montant de cette dotation a été fixé à 307 millions d'euros.

Or, en application des dispositions du 3° du I de l'article 88 de la LFSS pour 2011, les crédits sont déchés dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis. En 2016, 25 millions d'euros ont été identifiés au titre des crédits déchés. En outre, la dotation de l'ONDAM au FMESPP, au vu des disponibilités sur ce fonds, est minorée de 20 millions d'euros afin de garantir le respect de l'ONDAM 2016.

Par ailleurs, il a été constaté que le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), étaient tout deux structurellement excédentaires et présentaient des réserves considérables (166 millions d'euros pour le FEH et 364 millions d'euros pour l'ANFH). Dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, marqué par un taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier très bas, et alors que certains établissements de santé en difficulté nécessitent un accompagnement renforcé, le maintien de réserves d'un tel niveau ne se justifie pas. C'est pourquoi la présente mesure vise d'une part, à majorer le concours du FEH au FMESPP à hauteur de 50 millions d'euros et d'autre part, à faire participer l'ANFH au financement du fonds à hauteur de 150 millions d'euros. Cette mobilisation de ces réserves permet de réallouer des crédits de l'ONDAM hospitalier notamment vers l'accompagnement des établissements en difficulté.

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

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

L'année 2016 fait apparaître un besoin de financement de ce dispositif à hauteur de 44,7 millions d'euros. La mesure prévue au IV vise à fixer le montant de la dotation rectificative pour l'exercice 2016.

Article 4

Au titre de l'année 2016, sont rectifiés :

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	197,0	201,1	-4,0
Vieillesse	228,3	227,1	1,2
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	474,4	477,6	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	471,1	478,0	-6,9

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	195,8	199,8	-4,1
Vieillesse	124,0	122,9	1,1
Famille	48,7	49,7	-1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	368,2	371,6	-3,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	366,3	373,5	-7,1

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	20,3	-3,8

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 14,4 milliards d'euros ;

5° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites qui demeurent fixées conformément au III de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

6° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse qui demeurent fixées conformément au IV de l'article 41 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Exposé des motifs

Le déficit du régime général et du FSV devrait s'établir à 7,1 milliards d'euros en 2016, en recul de 3,6 milliards d'euros par rapport à 2015, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoyait un déficit de 9,7 milliards d'euros. La prévision de solde du FSV est très proche de celle de la loi initiale, soit 3,8 milliards d'euros.

Article 5

Au titre de l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,6
Total	185,2

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 185,2 milliards d'euros. Cet objectif est réaffirmé dans ce projet de loi de financement, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie progressant de 1,8 % en 2016.

Les dépenses de soins de ville devraient s'établir cette année à 84,6 milliards d'euros, soit un niveau supérieur de 0,2 milliard d'euros à l'objectif voté en LFSS pour 2016. La majeure partie de la sur-exécution provient d'une dynamique des volumes d'actes et de prescriptions plus élevée que prévu sur l'ensemble des postes à l'exception des dépenses d'infirmiers.

Les dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité seraient supérieures de 0,2 milliard d'euros à l'objectif voté en LFSS pour 2016 compte tenu d'une dynamique plus importante que prévu des dépenses relevant des séjours et des médicaments dispensés à l'hôpital.

Cette dynamique plus importante serait compensée par la mobilisation d'une partie de crédits mis en réserve en début d'année et de mesures complémentaires pour un montant de 0,2 milliard d'euros portant les autres dépenses relatives aux établissements à 19,6 milliards d'euros.

Afin de garantir le respect de l'ONDAM, les contributions de l'assurance maladie aux dépenses et services pour personnes âgées et handicapées seraient diminuées de 0,2 milliard d'euros et fixées à respectivement 8,8 milliards d'euros et 9,2 milliards d'euros.

Par ailleurs, les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et les autres prises en charge seraient globalement inférieures de 0,1 milliard d'euros.

TROISIÈME PARTIE
Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'exercice 2017

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER} :
MESURES DE SIMPLIFICATION ET MODERNISATION DES PRELEVEMENTS SOCIAUX

Article 6

I. - Le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 est ainsi modifié :

1° Les mots : « dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 40 % » sont supprimés ;

2° Il est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixées » sont remplacés par le mot : « fixée » ;

2° Après la première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque le revenu ou la rémunération est égal à la moitié du plafond mentionné à l'article L. 241-3, ces cotisations sont totalement exonérées. Au-delà de ce seuil de revenu ou de rémunération, le montant de l'exonération décroît linéairement et devient nul lorsque le revenu ou la rémunération est égal au plafond annuel de la sécurité sociale. » ;

III. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° L'intitulé : « Exonération de charges sociales » de la section 1 du chapitre I^{er} du titre IV du livre I^{er} de la cinquième partie du code du travail est remplacé par l'intitulé : « Exonération de cotisations de sécurité sociale » ;

2° L'article L. 5141-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « charges sociales » sont remplacés par les mots : « cotisations de sécurité sociale » ;

b) Au 6°, les mots : « de cette entreprise dès lors qu'elles s'engagent à investir en capital la totalité des aides et à réunir des apports complémentaires en capital au moins égaux à la moitié des aides accordées » sont remplacés par les mots : « d'une entreprise » ;

3° Aux articles L. 5141-3 et L. 5141-4, les mots : « Les personnes admises au bénéfice de l'article L. 5141-1 » sont remplacés par les mots : « Les personnes remplissant l'une des conditions mentionnées du 1° au 9° de l'article L. 5141-1 ».

IV. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017, dans les conditions définies par les deux alinéas suivants :

1° Le I s'applique aux établissements qui s'implantent à compter du 1^{er} janvier 2017 dans un bassin d'emploi mentionné à l'article 130 de la loi du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 précitée ;

2° Le II et le III s'appliquent aux créations et aux reprises d'entreprise intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

L'existence de dispositifs d'exonérations sociales qui offrent un avantage pour tous les niveaux de rémunération ne trouve pas de justification économique réelle. En effet, si ces dispositifs visent à encourager l'emploi par une diminution du coût du travail, les caractéristiques de l'élasticité de la demande de travail par rapport à son coût doivent plutôt favoriser, par souci d'efficacité de la dépense publique, un ciblage des allègements sur les rémunérations les plus basses, sauf à créer d'importants effets d'aubaine.

En ce sens, le maintien d'avantages sociaux sans limite de rémunération constitue une incongruité qui a été critiquée par différents rapports d'évaluation, notamment celui établi en 2010 par le Conseil des prélèvements obligatoires et en dernier lieu par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances qui estimaient, dans le cadre de leur revue de dépenses de juin 2015, que : « pour les plus hauts niveaux de rémunération, l'opportunité de maintenir un avantage est sujette à interrogation : si l'on accepte l'hypothèse consensuelle selon laquelle les allègements de charges ont plus d'effets à proximité du SMIC, l'effet sur l'emploi est limité, ce qui entraîne un effet d'aubaine potentiel ». Les inspections préconisaient ainsi l'instauration d'un principe général d'annulation de tout avantage au-delà d'un certain niveau de rémunération.

En dépit d'un travail de rationalisation de certaines niches sociales mené en cohérence avec les objectifs de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019, deux dispositifs en particulier accordent encore un avantage quel que soit le niveau de rémunération. Il s'agit de l'exonération applicable aux bassins d'emplois à redynamiser (BER) et de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprises (ACCRE).

L'article propose de réserver l'éligibilité de ces dispositifs aux personnes ayant un niveau de revenus modestes et de réduire le montant d'aides dont les hauts revenus pourraient bénéficier au titre de ces dispositifs. Il ne remet pas en cause la situation des bénéficiaires de ces deux dispositifs au 31 décembre 2016 et ne s'appliquera que pour les nouveaux bénéficiaires à compter de 2017.

Par ailleurs, la mesure ouvre le bénéfice de l'ACCRE aux salariés des entreprises en difficulté qui créent ou reprennent une entreprise autre que l'entreprise en difficulté dont ils viennent, afin d'élargir le champ de cette aide.

Article 7

I. - Le chapitre VI du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les articles L. 756-2, L. 756-3, L. 756-4 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale sont abrogés ;

2° La section 3 est ainsi rédigée :

« Section 3

« Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

« Art. L. 756-2. - Les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception de celle prévue à l'article L. 635-1 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont totalement exonérées pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité lorsque les revenus d'activité rapportés à l'année entière au titre de chacune des années civiles correspondant à cette période sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3. Le montant de cette exonération décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

« Art. L. 756-3. - Par dérogation aux dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations et contributions de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 756-2 dues au titre des deux premières années civiles d'activité des travailleurs indépendants non agricoles créant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées à titre définitif sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret.

« Art. L. 756-4. - Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 250 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3, les cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception des cotisations prévues à l'article L. 635-1, à l'article L. 635-5 et de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au montant annuel du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3, sur une assiette égale aux revenus concernés dont est déduit un abattement fixé dans les conditions suivantes :

« 1° L'abattement est fixé à 50 % des revenus concernés lorsque les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé à 110 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 et décroît linéairement à proportion des revenus d'activité pour s'annuler lorsqu'ils atteignent le seuil mentionné au premier alinéa ;

« 2° Au titre de la troisième année civile d'activité, l'abattement est fixé à 75 % des revenus concernés et décroît dans les mêmes conditions que celles définies au 1°.

« Cette exonération n'est cumulable avec aucun autre dispositif de réduction ou d'exonération de cotisations, à l'exception de l'exonération prévue au II de l'article L. 756-5 et, le cas échéant, de l'exonération prévue à l'article L. 756-2. Au titre de la troisième année civile d'activité, elle est ajustée au prorata de la partie de l'année civile sur laquelle l'exonération prévue à l'article L. 756-2 ne s'applique pas. » ;

« Art. L. 756-5. - I. - Lorsque leurs revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret, les travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.

« II. - Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale sont exonérées du versement de toute cotisation vieillesse lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret. »

II. - Le présent article s'applique aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017, dans les conditions définies par les deux alinéas suivants.

Par dérogation au 1^o du I, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi continuent de s'appliquer aux cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants ayant commencé leur activité à une date antérieure au 1^{er} janvier 2017.

Pour l'application du 2^o du I, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de l'année 2017 par les travailleurs indépendants exerçant leur activité depuis une date antérieure au 1^{er} janvier 2016 sont calculées, à titre provisionnel, sur la base des revenus d'activité de l'année 2015 et font l'objet d'une régularisation sur la base des revenus d'activité de l'année 2017 lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Exposé des motifs

Les travailleurs indépendants en outre-mer disposent de plusieurs dispositifs de réduction ou d'exonération qui réduisent le montant des prélèvements sociaux dont ils sont redevables. Le bénéfice de ces exonérations est acquis quel que soit le niveau des revenus effectivement tirés de ces activités professionnelles.

Ainsi, les travailleurs indépendants sont totalement exonérés de cotisations et contributions sociales pendant vingt-quatre mois à compter de la date de création de l'activité. Au-delà, et de manière pérenne, la plupart de leurs cotisations et contributions sociales sont calculées, pour la partie des revenus inférieure au plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), sur une assiette égale à 50 % de leurs revenus.

Ces dispositifs trouvent leur légitimité dans la spécificité des territoires ultramarins.

Toutefois, leur configuration actuelle aboutit à offrir un avantage social conséquent sans condition de revenus, ce qui ne trouve pas de justification économique dans la mesure où le coût des prélèvements sociaux ne détermine qu'à la marge la compétitivité des activités générant de hauts revenus. La persistance d'aides importantes sans aucune limitation de leur éligibilité en fonction des revenus ne participe pas de l'efficacité de la dépense publique. Ces constats ont été portés dans le cadre de la revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de cotisations sociales spécifiques par la mission conduite en juin 2015 par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016 a introduit un meilleur ciblage des exonérations au bénéfice des employeurs outre-mer. Dans la continuité de ces évolutions, la présente mesure propose que cette démarche soit conduite également pour les travailleurs indépendants, afin que les exonérations ciblent prioritairement les bas et moyens revenus, pour lesquels leur efficacité est démontrée.

D'une part, il est proposé que l'éligibilité au dispositif d'exonération totale des cotisations et contributions sociales des 24 premiers mois d'activité et de l'abattement de 50 % de l'assiette des revenus sous le PASS soient réservés aux travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 42 478 euros (1,1 PASS). Entre 42 478 euros et 96 540 euros (2,5 PASS), une dégressivité sera applicable, afin de lisser le plafonnement du dispositif.

D'autre part, afin de limiter les effets de seuils occasionnés par le passage en troisième année de l'exonération totale des cotisations et contributions à un taux d'abattement de l'assiette de 50 %, il est proposé de relever l'exonération de ces revenus à 75 % pour la troisième année, tout en y appliquant la même limite de revenus. Cette mesure favorable renforcera la progressivité des prélèvements sociaux lors de la création d'entreprise.

Enfin, cette réforme des dispositifs spécifiques d'exonération des travailleurs indépendants en outre-mer doit s'accompagner d'une modernisation des règles de recouvrement. Aujourd'hui, à l'exception des cotisations du risque invalidité-décès et de la retraite complémentaire obligatoire qui sont recouvrées dans les mêmes conditions qu'en métropole, les autres cotisations et contributions sociales sont calculées à titre définitif sur la base des revenus de l'avant-dernière année. De ce fait, il existe un important décalage dans le temps entre le moment où un revenu est perçu et le moment où les cotisations sont calculées sur ce revenu.

Cette situation est préjudiciable aux assurés du fait des fortes variations que les revenus des travailleurs indépendants peuvent connaître, particulièrement en outre-mer. Il est donc proposé d'étendre à l'outre-mer le dispositif vertueux déjà déployé en métropole en 2015, qui permet d'ajuster le montant des cotisations dues au titre d'une année en fonction du revenu perçu au cours de cette même année. Cette mesure est neutre sur le montant des cotisations dues.

Article 8

I. - Après l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-5.* - Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 612-4 des travailleurs indépendants non agricoles affiliés au régime d'assurance maladie-maternité prévu à l'article L. 613-1 et dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet d'une réduction dans la limite de 3,5 points qui décroît à proportion de ces revenus, dans des conditions fixées par décret. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de celui prévu à l'article L. 242-11. »

II. - Le présent article s'applique aux cotisations et contributions sociales dues au titre des revenus perçus au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Conformément aux annonces faites par le Président de la République le 29 juin dernier, le Gouvernement poursuit dans la durée les efforts en faveur de la compétitivité et de l'emploi. Ainsi, la troisième étape du Pacte de responsabilité et de solidarité sera mise en œuvre par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

L'entrepreneuriat individuel représente un gisement d'activité majeure, source de création de valeur et de dynamisme économique. Les travailleurs indépendants n'étant pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, la présente mesure prévoit de les faire bénéficier d'un allègement de cotisations de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros mise en place en 2015.

Le dispositif consiste ainsi en une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) soit environ 27 000 euros. Le niveau maximal de réduction de taux serait ainsi de 3,5 points, cette réduction diminuant ensuite linéairement jusqu'à 27 000 €, à partir duquel le taux revient au taux normal de 6,5 %. Pour un travailleur indépendant disposant de 15 000 euros de revenus annuels, le gain annuel s'élèvera ainsi à 234 euros.

Cette mesure constitue un effort financier global de 150 millions d'euros en faveur de 1,8 million de travailleurs indépendants (artisans, commerçants et professions libérales), dont 600 000 micro-entrepreneurs.

Enfin, afin de favoriser le développement des activités des travailleurs indépendants, les cotisations forfaitaires des deux premières années d'activité seront toutes calculées sur une assiette fixée à 19 % du plafond annuel de la sécurité sociale (7 340 euros), ce qui représente une mesure favorable de 75 millions d'euros en trésorerie pour les créateurs d'entreprise.

Article 9

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au chapitre III du titre III du livre I^{er}, il est rétabli une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2
« *Recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale*
« *des travailleurs indépendants*

« Art. L. 133-1-1. - I. - Le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dues à titre personnel, à l'exception de celles mentionnées aux articles L. 642-1 et L. 723-3, par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, relève de la compétence des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1, L. 611-4, L. 611-8 et L. 752-4.

« II. - Pour la réalisation de cette mission, le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement un directeur national chargé du recouvrement auquel ils délèguent leur signature.

« Ce directeur est responsable, au niveau national, du pilotage et de l'organisation du recouvrement. Il fixe les orientations et l'organisation selon lesquelles les missions prévues à l'article L. 133-1-2 sont assurées.

« Le directeur national est associé à la préparation et au suivi de l'exécution de la convention mentionnée à l'article L. 227-1 conclue par les organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 avec l'État en ce qui concerne les objectifs et les moyens du recouvrement.

« Il est responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information concourant au recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du présent article et s'assure de la mise en œuvre des actions nécessaires à leur fonctionnement.

« Il rend compte aux conseils d'administration des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 de la situation générale du recouvrement.

« III. - Le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et le directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 désignent conjointement des responsables locaux chargés du recouvrement, relevant de la direction de la caisse de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sur proposition de ces directions et après avis du directeur national mentionné au II. Ils sont chargés d'organiser, dans le respect des directives fixées par ce directeur, l'activité des caisses de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 pour l'accomplissement des missions prévues à l'article L. 133-1-2. Les directeurs des mêmes organismes leur délèguent leur signature à cette fin.

« Art. L. 133-1-2. - Les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 assurent, s'agissant des personnes mentionnées à l'article L. 611-1, les missions suivantes :

« 1° La collecte et le traitement des déclarations de revenus ;

« 2° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

« 3° Le recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1 ;

« 4° Le traitement des demandes et réclamations ;

« 5° Le traitement des demandes mentionnées au second alinéa du I de l'article L. 133-6-9 ;

« 6° La gestion du contentieux du recouvrement des cotisations et contributions, à l'exception des recours formés dans le cadre des articles L. 142-1 et suivants qui sont examinés par les commissions de recours amiable des caisses de base du régime social des indépendants ;

« 7° L'accueil et l'information.

« *Art. L. 133-1-3.* - Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 est exercé par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II.

« *Art. L. 133-1-4.* - En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 du présent code et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

« *Art. L. 133-1-5.* - Le Fonds national d'action sociale institué auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants est chargé de financer des actions destinées à venir en aide aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime.

« Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de membres du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 désignés par ce conseil.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article et notamment le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

« *Art. L. 133-1-6.* - La comptabilisation des produits et des charges, ainsi que des éléments d'actif et de passif afférents, qui découlent des opérations de recouvrement des cotisations et contributions sociales effectuées en application des dispositions de la présente section, est réalisée à l'échelon local par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale combine les produits et les charges liés à ces opérations, ainsi que les éléments d'actif et de passif afférents. Elle les notifie à l'organisme mentionné à l'article L. 611-4, qui procède à leur enregistrement dans ses comptes, selon les mêmes règles d'évaluation et de présentation. » ;

2° Il est rétabli un article L. 133-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-2.* - Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 133-6-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et » sont supprimés ;

b) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils sont également compétents pour se prononcer avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 sur les demandes des personnes mentionnées au premier alinéa, relatives à l'application à leur situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel. » ;

c) Au III, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » et les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

d) Le dernier alinéa du même III est remplacé par un IV ainsi rédigé :

« *IV.* - Lorsque les organismes mentionnées aux articles L. 213-1, L. 611-8 et L. 752-4 entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

« Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 dans les matières relevant de l'affiliation au régime social des indépendants et celle des organismes mentionnés aux articles L. 225-1 et L. 611-4 dans les matières relevant des exonérations de cotisations sociales. Ceux-ci transmettent leur position quant à l'interprétation à retenir aux organismes mentionnés au premier alinéa du présent IV qui la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, les mots : « à l'article L. 133-6-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 131-1-1 et suivants » ;

5° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

a) Au 2°, les mots : « travailleurs indépendants non agricoles » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 » ;

b) Au 3°, les mots : « Une partie du » sont remplacés par les mots : « Avec les caisses de base du régime social des indépendants, le » et les références : « L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 » sont remplacées par les références : « L. 133-5-2, L. 133-1-2 et L. 133-1-3 » ;

c) Au 5° *bis*, les mots : « c du 1° de l'article L. 613-1 » sont remplacés par les mots : « 2° de l'article L. 611-1 » ;

d) Au 6°, les mots : « et le contentieux » sont supprimés ;

e) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 5° ainsi que, avec les organismes mentionnés à l'article L. 611-8, le contentieux du recouvrement prévu au 3°. » ;

6° Les dispositions de l'article L. 225-1-1 sont ainsi modifiées :

a) Au 2°, après les mots : « cotisations et des contributions de sécurité sociale », sont insérés les mots : « , y compris pour le recouvrement prévu aux articles L. 133-1-1 et suivants, » ;

b) Le même 2° est complété par les mots : « ; ces orientations sont coordonnées, en ce qui concerne les cotisations dues par les employeurs, avec celles fixées conjointement avec la Caisse nationale du régime social des indépendants dans le cadre des dispositions des articles L. 133-1-1 et suivants pour les cotisations dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 ; » ;

c) Le 2° *bis* est supprimé ;

d) Au 5°, les mots : « , y compris les opérations pour compte de tiers, » sont supprimés et les mots : « et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants ainsi que » sont remplacés par les mots : « de centraliser les opérations pour compte de tiers et » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, la référence : « L. 133-6-5 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-3 » ;

8° L'article L. 611-4 est ainsi modifié :

a) Le 11° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 11° De définir, en lien avec l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, les orientations en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, dans les conditions prévues à l'article L. 133-1-1 ; »

b) Après le 13°, il est inséré un 14° ainsi rédigé :

« 14° D'assurer l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 611-1 redevables des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-1-1. » ;

9° Le I de l'article L. 611-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses de base du régime social des indépendants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et, avec les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « du service des prestations et du recouvrement des cotisations » sont supprimés ;

c) Au même alinéa, les mots : « sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « affiliées en France métropolitaine au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 640-1 sont exercées par des caisses propres à cette catégorie » ;

d) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 611-16, les mots : « au recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

11° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5, ainsi qu'au 3° de l'article L. 213-1, les mots : « exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 611-1 ».

II. - A l'article L. 6331-51 du code du travail, dans sa rédaction applicable jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la référence : « L. 133-6 » est remplacée par la référence : « L. 133-1-1 ».

III. - Au IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 les mots : « à la présente loi, du transfert de la gestion de l'encaissement et du contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code, à la date fixée au V du présent article » sont remplacés par les mots : « à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017, du transfert au de leurs activités de recouvrement prévu à l'article 9 de cette loi ».

IV. - Sont abrogés :

1° La section 2 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale ;

2° L'article L. 611-20 du même code ;

3° L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instituant un interlocuteur social unique pour les indépendants ;

4° Les I, II, III et V de l'article 13 de la loi du 21 décembre 2015 susmentionnée.

V. - Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017, à l'exception :

1° Des dispositions du *c* du 9° du I qui entrent en vigueur aux dates fixées aux 1° et 2° du III de l'article 33 de la présente loi ;

2° Des dispositions du *d* du 9° du I ainsi que celles du 2° du IV qui s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration de la qualité de service à laquelle sont en droit de prétendre les 6 millions d'assurés qui relèvent du régime social des indépendants (RSI), chargé de la collecte des cotisations et de la gestion de leurs droits à l'assurance maladie et l'assurance vieillesse.

Les efforts déployés ont largement permis de normaliser la situation du régime, grâce à l'engagement des équipes des deux réseaux qui interviennent dans les actions de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, c'est-à-dire les caisses du RSI sous le pilotage de la caisse nationale d'une part et les URSSAF et l'ACOSS d'autre part. Depuis 2015, la réforme du rythme de paiement des cotisations sociales a permis une amélioration substantielle des relations avec les organismes. Ainsi, les cotisations sont rapidement ajustées aux évolutions des revenus des assurés, pour suivre au plus près leur situation financière. Afin de garantir une amélioration durable, le Gouvernement a établi un comité de suivi des 20 engagements pris par le RSI en 2015, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir le fonctionnement du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liées à la mise en place en 2008 de l'« interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches totalement impraticable et conduisant au désastre révélé par la Cour des comptes en 2012. Insuffisamment préparée, elle a été déployée dans des conditions inadéquates, les deux réseaux se renvoyant ensuite la responsabilité des problèmes rencontrés.

Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance de 2005 ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Le recouvrement des cotisations sociales doit être organisé de manière simple, autour d'une structure unique, entièrement dédiée pour assurer une qualité de services suffisante aux assurés, et ayant la maîtrise de l'ensemble des moyens nécessaires, y compris dans le domaine informatique. L'objectif de résultat – la qualité de service – doit déterminer l'organisation des deux réseaux, et non l'inverse.

Par conséquent, le présent article met en place une organisation nouvelle du recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants :

- en supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur co-responsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

- en créant une structure de pilotage national unique, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants dans les deux réseaux et ayant autorité sur l'ensemble des services en charge de ces missions.

Les dispositions de l'ordonnance de 2005 créant l'interlocuteur social unique sont en conséquence abrogées.

Article 10

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :

a) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Les personnes, autres que celles mentionnées au 7°, dont les recettes tirées de la location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés sont supérieures au seuil mentionné au 2° du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, lorsque ces locaux sont loués à une clientèle y effectuant un séjour à la journée, à la semaine ou au mois et n'y élisant pas domicile ou lorsque ces personnes remplissent les conditions mentionnées au 1° du IV de l'article 155 du code général des impôts ; »

b) Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de biens meubles mentionnée au 4° de l'article 110-1 du code de commerce et dont les recettes annuelles tirées de cette activité sont supérieures à un montant fixé par décret. » ;

2° La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-3.* - Les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une personne dont l'activité consiste à mettre en relation par voie électronique plusieurs parties en vue de la vente d'un bien ou de la fourniture d'un service, peuvent autoriser par mandat cette dernière à réaliser par voie dématérialisée les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalités des entreprises compétent conformément aux dispositions du code de commerce.

« Lorsqu'ils relèvent des dispositions de l'article L. 133-6-8, les travailleurs indépendants peuvent autoriser par mandat la personne mentionnée à l'alinéa précédent à procéder à la déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes réalisés au titre de cette activité par son intermédiaire ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale dues à compter de leur affiliation, au titre des périodes correspondant à l'exercice de cette activité, auprès des organismes de recouvrement concernés.

« Dans ce cas, les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sont prélevées par la personne mentionnée au premier alinéa sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire. Ce paiement vaut acquit des cotisations et contributions de sécurité sociale par ces travailleurs indépendants. »

II. - Les dispositions du 2° du I du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives aux modèles économiques multiples dont la caractéristique commune est de faciliter une relation de pair à pair en vue de la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services.

Certaines plateformes s'inscrivent dans le cadre des activités de l'économie du partage entre particuliers, sans que l'échange des biens ou des services qu'elles permettent puisse être considérée comme une activité de nature professionnelle. D'autres plateformes, en revanche, peuvent accueillir des personnes réalisant des activités à but lucratif de nature professionnelle dans le cadre d'un échange commercial ou d'une prestation de service.

Si le développement de l'économie numérique pose avec une acuité renforcée la question des frontières, le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas conduire à un régime juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle.

Ainsi, les activités lucratives réalisées sur des plateformes (achat/revente ou prestations de service) n'étant pas différentes de celles des mêmes activités réalisées dans le cadre de l'économie plus traditionnelle, il n'y a pas lieu de prendre des dispositions législatives venant préciser leur cadre juridique applicable ni de créer un nouveau régime d'affiliation ou d'assujettissement pour ces activités numériques.

Le développement très dynamique des plateformes numériques permettant la location de biens meubles ou immeubles impose en revanche de définir dans la loi une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, afin de distinguer la situation des personnes qui gèrent leur capital de celles qui exploitent leur bien en vue d'en tirer un profit, notamment en fournissant certaines prestations complémentaires à des fins professionnelles.

La présente mesure prévoit que la location régulière de meublés pour de courtes durées à destination d'une clientèle de passage est considérée, au-delà d'un certain seuil de recettes, comme une activité professionnelle conduisant à l'affiliation au RSI comme travailleur indépendant. Les locations sur des courtes durées sont généralement associées à la fourniture de services (fourniture et remplacement du linge de maison ou fourniture d'une prestation de ménage, mise à disposition de connexions internet sans fil,...), qui s'ajoutent généralement à la mise à disposition du seul logement, allant donc au-delà de la simple gestion d'un patrimoine personnel pour s'apparenter à une prestation commerciale. La durée de la location constitue un critère objectif, et ainsi clair et sécurisant pour les personnes mettant en location des meublés. Pour ces activités, le seuil d'affiliation serait fixé, par similarité avec le seuil retenu pour identifier les activités professionnelles de locations de meublés, à 23 000 de recettes ou chiffre d'affaires au titre de cette activité par l'ensemble des membres du foyer fiscal.

Selon la même logique, le seuil d'affiliation s'agissant des activités de locations de biens (voiture, notamment) serait quant à lui fixé par décret à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale de recettes ou de chiffre d'affaires (3 860 euros).

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, le second volet de la mesure vise à faciliter leurs démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales, pour les travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume. Ainsi, la possibilité sera offerte pour les plateformes d'assurer pour le compte des utilisateurs, à leur demande, les démarches d'affiliation, de déclaration sociale et de paiement des cotisations et contributions sociales.

Article 11

I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

A. L'article 1010 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'elle est exigible en raison des véhicules pris en location ou mis à disposition, la taxe est uniquement à la charge de la société locataire ou de la société bénéficiant de la mise à disposition. » ;

b) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« La taxe n'est pas applicable aux véhicules destinés exclusivement soit à la vente, soit à la location de courte durée, soit à l'exécution d'un service de transport à la disposition du public, lorsque ces opérations correspondent à l'activité normale de la société propriétaire. » ;

c) Au début du quatrième alinéa, est insérée l'indexation : « *I bis* » ;

d) Les avant-dernier et dernier alinéas sont supprimés ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

« Le montant de la taxe due pour un trimestre et au titre d'un véhicule est égal au quart du tarif annuel fixé au *I bis*.

« III. - La taxe annuelle est déclarée et liquidée selon les modalités suivantes :

« 1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article déposée au titre du mois de décembre ou du quatrième trimestre civil de la période au titre de laquelle la taxe est due ;

« 2° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 de l'article 287 transmise au service chargé du recouvrement dont relève le principal établissement au cours du mois de janvier suivant la période au titre de laquelle la taxe est due. L'annexe est déposée dans les délais fixés en matière de taxe sur le chiffre d'affaires ;

« 3° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A ou au régime simplifié prévu à l'article 298 *bis*, sur un imprimé conforme au modèle établi par l'administration déposé au plus tard le 15 janvier qui suit l'expiration de la période au titre de laquelle la taxe est due. » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

- au début, est insérée l'indexation : « IV » ;

- le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « La taxe » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé.

B. - Le dernier alinéa de l'article 1010 B est supprimé.

II. - A. - Le I s'applique aux périodes d'imposition ouvertes à compter du 1^{er} janvier 2018.

B. - Une taxe, établie, liquidée, contrôlée et recouvrée selon les modalités et sous les sanctions, garanties et privilèges prévus à l'article 1010 du code général des impôts dans sa rédaction issue du I du présent article, est due au titre du dernier trimestre de l'année 2017 par les sociétés mentionnées au même I. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe.

Pour les véhicules loués par la société, la taxe n'est due que si la durée de la location excède une période d'un mois civil ou de trente jours consécutifs au cours de ce trimestre.

Pour l'application de l'article 1010-0 A du code général des impôts, le nombre de kilomètres pris en compte pour le remboursement au propriétaire ou à l'utilisateur par la société ainsi que le montant de l'abattement figurant au dernier alinéa de cet article sont divisés par quatre.

La taxe est déclarée et payée dans les délais et selon les modalités définies au III de l'article 1010 du code général des impôts dans sa rédaction issue du I du présent article.

Exposé des motifs

Dans un objectif de simplification, il est proposé de faire coïncider la période d'imposition de la taxe sur les véhicules des sociétés (affectée à la branche famille), qui aujourd'hui court du 1^{er} octobre N au 30 septembre N+1, avec l'année civile qui correspond à l'exercice comptable d'une majorité d'entreprises. Cette mesure permet en outre de faire bénéficier la majeure partie des redevables d'une procédure de télédéclaration et de télépaiement en lieu et place d'une déclaration papier et d'un paiement par virement.

Ces dispositions nouvelles s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2018. Néanmoins, la taxe due au titre du dernier trimestre de 2017 sera également acquittée selon ces nouvelles modalités en janvier 2018. Par ailleurs, des dispositions qui figurent aujourd'hui à tort dans la partie réglementaire du code général des impôts sont réintroduites dans la loi, sans changement de fond.

CHAPITRE II
MESURES RELATIVES AU RECOUVREMENT

Article 12

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 2 *quater* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-6-8-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-6-8-5. - Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou un futur cotisant. » ;

2° Le chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complété par une section 7 ainsi rédigée :

« Section 7
« *Modernisation et simplification des formalités pour les cotisants*
« *ayant recours à un tiers-déclarant*

« Art. L. 133-11. - I. - Toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants en application des dispositions du présent code peut être effectuée pour leur compte par un tiers.

« La mission confiée au tiers déclarant fait l'objet d'une déclaration effectuée par le cotisant ou, par délégation, par ce tiers, auprès d'un organisme désigné par décret. Dans ce cas, le tiers-déclarant est réputé accomplir l'ensemble des déclarations ou formalités sociales pour le compte de son client auprès des organismes de sécurité sociale, sauf disposition contraire prévue par les parties ou résiliation du contrat.

« Le recours à un tiers déclarant ne dispense pas l'employeur ou le travailleur indépendant de répondre, le cas échéant, aux demandes des organismes de sécurité sociale, quel qu'en soit le motif. Sont nulles de plein droit, quelle qu'en soit la forme, les stipulations des conventions qui visent à faire échec à cette demande.

« En cas de fraude propre au tiers déclarant ou de complicité de fraude constatées par un organisme de sécurité sociale, en application des dispositions des articles L. 114-16-2 du présent code et L. 433-17 du code pénal, l'organisme désigné par décret mentionné au deuxième alinéa du I du présent article lui retire la faculté d'exercer sa mission de mandataire auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Le tiers informe son client de la décision de retrait dans un délai défini par décret en conseil d'État.

« II. - Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard de l'employeur ou du travailleur indépendant.

« III. - Les tiers déclarants sont tenus de procéder aux déclarations pour le calcul des cotisations et contributions sociales, et le cas échéant au paiement, effectués pour le compte de leurs clients par voie dématérialisée. La méconnaissance de cette obligation entraîne l'application aux tiers-déclarants de la majoration prévue au II de l'article L. 133-5-5 calculée à partir des sommes dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur ou le travailleur indépendant relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.

« IV. - Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État, notamment la mission du tiers et les obligations respectives du tiers déclarant et de l'employeur ou du travailleur indépendant » ;

3° La section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II est complétée par un article L. 243-6-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-6-6. - Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou un futur cotisant. » ;

4° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 243-6-3, les mots : « ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable » sont supprimés.

II. - L'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 725-26. - Les articles L. 243-6-5 et L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. »

III. - Les dispositions du 2° du I s'appliquent au titre des démarches et formalités effectuées pour le compte des travailleurs indépendants à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

La présente mesure, vise à donner, à l'instar de ce qui a été fait en matière fiscale, un cadre législatif aux relations entre les tiers-déclarants et les cotisants, qu'il s'agisse des employeurs du régime général, du régime agricole et des travailleurs indépendants. Elle pose ainsi un cadre spécifique à la sphère sociale au mandat entre le cotisant et son prestataire et à ce titre, en tant que mesure de simplification pour les cotisants et leurs tiers-déclarants, elle instaure le principe d'un mandat unique, qui substitue à l'ensemble des démarches du cotisant relatives à son choix de recourir à un tiers-déclarant une simple transmission dématérialisée auprès d'un organisme de recouvrement désigné par voie réglementaire.

Elle comporte par ailleurs une obligation de dématérialisation des déclarations effectuées par les tiers-déclarants pour le compte des travailleurs indépendants, ainsi que des dispositions protectrices des cotisants et organismes en cas de fraude constatée de la part du tiers-déclarant.

Des dispositions réglementaires préciseront notamment les missions du tiers et les conditions d'application du présent article.

Article 13

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 242-1-2 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la situation relevée concerne un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 du présent code, l'évaluation forfaitaire par salarié est égale à la moitié du plafond retenu au premier alinéa. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux alinéas précédents » ;

2° L'article L. 243-12-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 243-12-1.* - Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11 entraîne l'application par le directeur de l'organisme concerné d'une pénalité d'un montant maximal de 3 750 euros pour un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6, de 7 500 euros pour un travailleur indépendant au titre de ses cotisations et contributions sociales dues à titre personnel et de 7 500 euros par salarié pour un employeur dans la limite de 750 000 euros par employeur. Le plafond du montant de ces pénalités est porté au double en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de cinq ans à compter du jour où la pénalité concernant un précédent manquement est devenue définitive.

« L'obstacle à contrôle mentionné à l'alinéa précédent est caractérisé par des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, visant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle.

« Pour fixer le montant de la pénalité, le directeur de l'organisme prend en compte les circonstances et la gravité du manquement.

« Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites dans un délai fixé par décret en Conseil d'État. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé par la mise en demeure mentionnée à l'article L. 244-2 en lui indiquant les voies et délais de recours applicables.

« L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit dans le délai fixé à l'article L. 244-8-1 à compter de l'expiration du délai mentionné à l'article L. 244-2.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

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

1° Le seizième alinéa de l'article L. 723-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations et au recouvrement des cotisations notamment ; »

2° L'article L. 724-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ont les mêmes pouvoirs et bénéficient de la même protection que les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail » sont remplacés par les mots : « bénéficient dans le cadre de leurs fonctions de la protection mentionnée à l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime agricole. » ;

3° L'article L. 724-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 724-13. - I. - En cas d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans leur mission de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des personnes non salariées agricoles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 731-23 ou des agents mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 724-8, l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole sous réserve des adaptations suivantes :*

« 1° Le particulier employeur mentionné au premier alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du présent code ;

« 2° Le travailleur indépendant mentionné au premier alinéa de cet article du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1 du présent code.

« II. - Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans le cadre des opérations de contrôle portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants-droit, en vue de bénéficier des prestations servies au titre des différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et des salariés agricoles mentionnées aux articles L. 722-8, L. 722-27 et L. 732-56 ou de bénéficier des mesures prévues aux articles L. 726-1 et L. 726-3, entraîne l'application de la pénalité prévue à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale dans les conditions fixées par cet article.

« III. - Les peines prévues à l'article L. 8114-1 du code du travail sont applicables en cas d'obstacle à fonctions des agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-8 du présent code. »

Exposé des motifs

Dans la continuité de la politique menée depuis 2012 relative à l'amélioration des relations entre cotisants et organismes du recouvrement, et alors qu'un récent décret est venu renforcer la procédure contradictoire dans le cadre des opérations de contrôle des organismes en charge du recouvrement, il apparaît nécessaire d'aménager les dispositifs de sanction applicables dans les cas, limités en nombre, où le cotisant fait obstacle au bon déroulement du contrôle.

A cette fin, la présente mesure introduit une modulation des sanctions prononcées en cas d'obstacle à contrôle en fonction des situations (qualité du cotisant et effectif de l'employeur), afin d'en assurer une plus grande effectivité. Elle harmonise également les sanctions entre le régime général et le régime agricole.

Article 14

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section première du chapitre III du titre III du livre I^{er} est ainsi modifiée :

a) L'intitulé de la section est ainsi rédigé : « Recouvrement des créances en matière de travail illégal » ;

b) L'article L. 133-1 devient l'article L. 133-4-10 et son deuxième alinéa est supprimé ;

c) Il est rétabli un article L. 133-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-1. - I. -* Lorsqu'un procès-verbal de travail illégal a été établi, l'inspecteur du recouvrement remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions dissimulées et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que, en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2, du montant de l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur.

« Ce document fait état de l'ensemble des dispositions légales applicables à cette infraction, notamment les majorations et pénalités afférentes. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur et par la personne contrôlée. En cas de refus de signer, mention en est faite sur le document. L'original est conservé par l'organisme chargé du recouvrement.

« II. - A la suite de la remise du document mentionné au I, la personne contrôlée produit des éléments justifiant, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat, de l'existence de garanties suffisant à couvrir les montants évalués. A défaut, le directeur de l'organisme de recouvrement peut procéder, sans solliciter l'autorisation du juge prévue au premier alinéa de l'article L. 511-1 du code des procédures civiles d'exécution, à une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles L. 521-1 à L. 533-1 du même code, dans la limite des montants mentionnés au I.

« A tout moment de la procédure, la personne contrôlée peut solliciter la mainlevée de la ou des mesures conservatoires prises à son encontre en apportant auprès du directeur de l'organisme des garanties suffisantes de paiement.

« III. - La décision du directeur de l'organisme peut être contestée selon les dispositions applicables à la saisine en urgence du juge de l'exécution selon les modalités prévues au code des procédures civiles d'exécution. Le juge statue au plus tard dans un délai de 15 jours. Le juge peut donner mainlevée de la mesure conservatoire notamment s'il apparaît que les conditions de mise en œuvre de la ou des mesures ne sont pas respectées ou s'il estime que les garanties produites par la personne contrôlée sont suffisantes. Le recours n'a pas d'effet suspensif. » ;

2° L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail des infractions mentionnées au 2° à 4° de l'article L. 8211-1 du même code. » ;

3° Après l'article L. 133-4-8, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-9. - I. -* Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les organismes de recouvrement et les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, habilités à décerner une contrainte peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard ou des prestations indûment versées.

« L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites sommes, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civiles d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

« Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

« 1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

« 2° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.

« Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

« Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 3252-1 et suivants du code du travail. » ;

4° Aux articles L. 136-5 et L. 242-11, la référence : « L. 652-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-9 » ;

5° A l'article L. 242-1-1, les mots : « de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail » sont remplacés par les mots : « des infractions définies aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail » ;

6° Aux articles L. 243-2 et L. 651-7, la référence : « L. 133-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-10 » ;

7° L'article L. 243-3-1 est abrogé ;

8° Après l'article L. 243-7, il est inséré un article L. 243-7-0 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-0.* - A l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2. » ;

9° L'article L. 243-7-4 est abrogé ;

10° A l'article L. 244-2, la référence : « L. 244-11 » est remplacée par la référence : « L. 244-8-1 » ;

11° L'article L. 244-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 244-3.* - Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

« Dans le cas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, le délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée à l'article L. 243-7-0.

« Les majorations de retard correspondant aux cotisations et contributions payées ou à celles dues dans le délai fixé au premier alinéa se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu le paiement ou l'exigibilité des cotisations et contributions qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.

« Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu la production de ces déclarations ou, à défaut, à compter selon le cas de l'expiration de l'année au cours de laquelle a eu lieu la notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2. » ;

12° Après l'article L. 244-8, il est inséré un article L. 244-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 244-8-1.* - Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est de trois ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3. » ;

13° L'article L. 244-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est de trois ans à compter de la date à laquelle la contrainte a été notifiée ou signifiée, ou un acte d'exécution signifié en application de cette contrainte. » ;

14° L'article L. 244-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 244-11.* - En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal, les délais mentionnés aux articles L. 244-3, L. 244-8-1 et L. 244-9 sont portés de trois à cinq ans. » ;

15° A l'article L. 382-29, les mots : « L. 244-9 à L. 244-11 » sont remplacés par les mots : « L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-10 » ;

16° A l'article L. 651-7, les mots : « articles L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14 » sont remplacés par les mots : « articles L. 133-3, L. 133-4-10, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-12 à L. 244-14 » ;

17° L'article L. 652-3 est abrogé.

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

1° Le quatrième alinéa de l'article L. 724-11 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette communication engage la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure en application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3. » ;

2° Le troisième alinéa de l'article L. 725-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est celui mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L.725-7 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du I, les mots : « Sauf cas de fraude ou de fausse déclaration, » sont supprimés ;

b) La dernière phrase du I de l'article L. 725-7 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement résultant de l'application de l'article L. 725-3 est celui mentionné à l'article L. 244-8-1 du code de la sécurité sociale. Il court à compter de l'expiration du délai d'un mois imparti par la mise en demeure. » ;

4° L'article L. 725-12 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 725-12.* - I. - En cas de fraude ou de fausse de déclaration, les délais mentionnés au I de l'article L.725-7 et au 1° de l'article L. 725-3 sont portés de trois à cinq ans.

« II. - Dans le cas d'un contrôle mentionné aux articles L. 724-7 et L. 724-11, le délai de prescription des cotisations, contributions, pénalités et majorations de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 724-11. »

III. - Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la huitième partie du code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 8271-6-3, il est inséré un article L. 8271-6-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-6-4.* - Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 communiquent leurs procès-verbaux relevant une des infractions constitutives de travail illégal mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. » ;

2° L'article L. 8271-8-1 est abrogé.

IV. - Sous réserve des alinéas suivants, le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les 8°, 11° à l'exception des troisième, quatrième et cinquième alinéas, 12°, 13° et 14° du I et le II du présent article à l'exception du troisième alinéa du 4°, s'appliquent aux cotisations et contributions sociales au titre desquelles une mise en demeure a été notifiée à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les dispositions des quatrième et cinquième alinéas du 11° du I du présent article s'appliquent aux majorations de retard et pénalités dues à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

La lutte contre la fraude sociale, enjeu essentiel pour le financement de la sécurité sociale, la préservation des droits des salariés et la garantie d'une concurrence non faussée, constitue un axe majeur de l'action des pouvoirs publics. Les résultats des opérations de contrôle, en progression constante et soutenue depuis 2012 (donnant lieu à une multiplication par deux des montants de redressement notifiés par les URSSAF) démontrent l'efficacité de la démarche de renforcement de la lutte contre le travail illégal et plus particulièrement celle de l'introduction par les pouvoirs publics d'outils réglementaires spécifiques à ce domaine.

Or, si les montants de redressements notifiés sont en constante croissance, les taux de recouvrement effectif de ces créances après contrôle dans le cadre de la lutte contre le travail illégal demeurent insuffisants du fait des comportements d'évitement des entreprises ayant fait l'objet de redressements (organisation de l'insolvabilité, entreprises éphémères, etc.).

La présente mesure consiste à adapter les outils de recouvrement mis à disposition des organismes lorsque sont détectées des situations de travail illégal, qui s'accompagnent généralement de risques élevés d'évasion et de non paiement des sommes dues. L'article fait évoluer les dispositions relatives à la « fragrance sociale » afin d'en faciliter l'utilisation par les organismes.

Par ailleurs, au-delà de l'adaptation des outils de recouvrement aux enjeux propres à la lutte contre la fraude, il apparaît opportun de renforcer les sanctions dissuasives à l'égard des employeurs faisant l'objet d'une verbalisation pour fraude. En matière de travail dissimulé, l'annulation des mesures de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou contributions dues aux organismes de sécurité sociale, au regard de ses conséquences financières qui peuvent être importantes pour l'employeur, constitue à la fois un levier fort de dissuasion et une sanction puissante (en 2015, le retrait des mesures d'exonération s'est élevé à près de 28 millions d'euros). Actuellement, ce dispositif ne s'applique qu'en cas de travail dissimulé et ne s'applique pas aux autres infractions de travail illégal (marchandage, prêt illicite de main d'œuvre, emploi d'étranger non autorisé à travailler notamment) alors même que, en application du code du travail, l'ensemble de ces situations tout aussi répréhensibles et peuvent donner lieu à un retrait des aides publiques. Il est dès lors proposé d'étendre le champ de la sanction du retrait des mesures de réduction et d'exonération de cotisations de sécurité sociale à l'ensemble des infractions constitutives du travail illégal dont l'entreprise serait l'auteur.

Enfin, en cohérence avec une jurisprudence récente de la Cour de cassation, la présente mesure permet aussi une clarification des textes s'agissant des différents délais existants en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales (prescription de la créance, prescription de l'action en recouvrement et prescription de l'exécution de la contrainte).

Article 15

I. - Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article ainsi rédigé :

« Art. L. 114-15-1. - Les travailleurs salariés ou non salariés qui exercent une activité en France tout en relevant de la législation de sécurité sociale d'un État autre que la France ou, à défaut leur employeur ou son représentant en France, doivent tenir à disposition des agents de contrôle mentionnés à L. 8271-1-2 du code du travail, sur le lieu d'exécution du travail et chez la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du même code, le formulaire concernant la législation de sécurité sociale applicable prévu par les règlements européens et les conventions internationales en vigueur portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

« Le défaut de production de ce document, lors du contrôle, par le travailleur, l'employeur ou la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail, entraîne l'application d'une pénalité.

« La pénalité mentionnée à l'alinéa précédent est fixée pour chaque salarié concerné à hauteur du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur. Ce montant est doublé en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de deux ans à compter du jour de la notification de la pénalité concernant un précédent manquement.

« La pénalité est due par la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail.

« La pénalité n'est pas applicable en cas de production, lors du contrôle, d'un justificatif attestant du dépôt de la demande d'obtention du formulaire mentionné au premier alinéa du présent article, suivie de la production, dans le délai de deux mois suivant le contrôle, du formulaire délivré à la suite de cette demande.

« La pénalité est recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement de ces cotisations ou contributions. »

II. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2017.

Exposé des motifs

Un nombre croissant de travailleurs « détachés » interviennent sur le territoire français. Pour que la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale puisse être vérifiée par les services de contrôle dans le respect du Règlement (CE) n° 883/2004 et des conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale auxquelles la France est partie, il importe que ceux de ces travailleurs qui relèvent de la législation d'un autre État que la France soient munis du formulaire approprié attestant de leur situation dès le début de leur activité en France.

La présente mesure a donc pour objet de créer une sanction administrative dissuasive pour défaut de production du document lors du contrôle.

CHAPITRE III
DISPOSITIONS CONTRIBUANT AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE

Article 16

Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« *Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac*

« *Art. L. 137-27.* - Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.

« Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 *quaterdecies* du code général des impôts.

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, déduction faite de la remise consentie par le redevable aux débiteurs en application du 3^o du I de l'article 570 du code général des impôts et du droit de consommation prévu par l'article 575 ou 575 E du même code, réalisé en France métropolitaine et en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion.

« Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.

« *Art. L. 137-28.* - La contribution exigible au cours d'une année civile est déclarée en une seule fois par les redevables sur l'annexe à la déclaration de chiffre d'affaires prévue à l'article 287 du code général des impôts déposée dans les délais prévus pour les opérations réalisées au cours du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile suivante. La contribution est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A du code général des impôts déclarent et acquittent en une seule fois la contribution exigible au cours d'une période lors du dépôt de la déclaration portant sur les opérations de cette période mentionnée au 3 de l'article 287 du même code.

« *Art. L. 137-29.* - La contribution mentionnée à l'article L. 137-27 est constatée, recouvrée, et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »

Exposé des motifs

En dépit des marges très significatives dégagées globalement par le secteur du tabac du fait du niveau élevé de consommation en France et de coûts de revient faibles, les bénéfices déclarés en France par les acteurs de ce secteur sont paradoxalement relativement limités. Son organisation en France a conduit en effet à ce qu'aujourd'hui les 4 plus grands fabricants de tabac internationaux s'appuient sur une entreprise unique, filiale de l'un d'eux, pour la distribution des cigarettes, qu'ils fabriquent hors de France et qui représentent la quasi-totalité des cigarettes consommées en France. D'autres fournisseurs agréés spécialisés dans la distribution de produits plus spécifiques sont également présents, représentant seulement 2 % du marché français.

Le présent article propose ainsi la création d'une contribution assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de produits du tabac à hauteur de 130 millions d'euros.

Cette contribution sera, selon les choix des fournisseurs, soit répercutée sur les prix soit, plus probablement compte tenu de l'organisation du marché, prise en compte dans les relations entre les fournisseurs et les fabricants et répercutée sur ces derniers. Elle permettra simultanément de révéler les réelles capacités contributives des redevables de la taxe en limitant les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique et d'appliquer une juste taxation au regard de ces éléments.

Le produit de la taxe sera affecté au fonds créé récemment pour lutter contre la prévalence tabagique.

Article 17

I. - L'article 575 A du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 575 A. - Pour les différents groupes de produits mentionnés à l'article 575, le taux proportionnel et la part spécifique pour mille unités ou mille grammes sont fixés conformément au tableau ci-après :

Groupe de produits	Taux proportionnel (en %)	Part spécifique (en euros)
Cigarettes	49,7	48,75
Cigares et Cigarillos	23	19
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	37,7	67,5
Autres tabacs à fumer	45	17
Tabacs à priser	50	0
Tabacs à mâcher	35	0

« Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 210 euros pour mille cigarettes et à 92 euros pour mille cigares ou cigarillos.

« Il est fixé par kilogramme à 167 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes et à 70 euros pour les autres tabacs à fumer. »

II. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant :

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017 et par dérogation au quatrième alinéa de l'article 575 A du code général des impôts dans sa rédaction résultant du présent article, le minimum de perception mentionné à l'article 575 du même code est fixé par kilogramme à 161 euros pour les tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes.

Exposé des motifs

La lutte contre le tabagisme est un engagement majeur du Gouvernement, qui implique des mesures efficaces pour réduire la dépendance et l'entrée dans le tabagisme. Or, en raison de prix plus attractifs (- 26 % en moyenne) que ceux des cigarettes, la consommation de tabac à rouler, dont la nocivité est pourtant supérieure, se développe à un rythme rapide, notamment chez les jeunes et les personnes dépendantes. Cet écart de prix est en partie lié à une fiscalité moins élevée sur les tabacs à rouler. Par conséquent, il est proposé d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits de tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

Article 18

I. - A. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 138-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 138-10.* - I. - Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, ont respectivement évolué de plus d'un taux Lv ou d'un taux Lh, déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.

« II. - Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1° S'agissant du taux Lv, ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2° S'agissant du taux Lh :

« a) Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« b) Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« c) Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

« - les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

« - les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. - Les remises mentionnées aux articles L. 138-13 et L. 162-16-5-1 du présent code, ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent respectivement sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement des taux d'évolution Lv et Lh, les autres remises et contributions mentionnées au I sont réparties au prorata des montants remboursés pour ce médicament par l'assurance maladie obligatoire. » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 138-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale au chiffre d'affaires respectif de l'année civile mentionné au I du même article, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1. » ;

3° L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux L mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux Lv s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1° du II de l'article L. 138-10, soit le taux Lh s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2° du II du même article : »

b) A la première phrase du troisième alinéa, les mots : « La contribution » sont remplacés par les mots : « Chaque contribution » et après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « Le montant total de la contribution due » sont remplacés par les mots : « Le montant total des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin » ;

4° Aux articles L. 138-13 et L. 138-14, les mots : « la contribution » sont remplacés, à chaque occurrence, par les mots : « chaque contribution » ;

5° L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;

b) Au deuxième alinéa, après chaque occurrence des mots : « la contribution », sont insérés les mots : « , liée au taux d'évolution Lh mentionné à l'article L. 138-10, » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, à chaque occurrence, par les mots : « chaque contribution » et après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

6° A l'article L. 138-16, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions ».

B. - Pour l'année 2017, les taux « Lv » et « Lh » mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés respectivement à 0 % et à 2 %.

II. - A. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 138-19-1, la référence : « L. 138-19-4 » est supprimée et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, » ;

2° La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 138-19-3 est supprimée ;

3° L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

4° A l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.

B. - Les dispositions des articles L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-3, L. 138-19-5, L. 138-19-6 et L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, s'appliquent pour l'année 2017.

Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de médicaments prises en charge par l'assurance maladie représentent près de 26 milliards d'euros en 2016 et leur dynamisme ira croissant au cours des prochaines années. L'arrivée de nouveaux traitements onéreux dans de nombreuses pathologies, notamment en oncologie, pour les maladies immunitaires ou pour certaines maladies orphelines, ainsi que l'augmentation tendancielle des dépenses de médicaments, nécessitent de faire évoluer les mécanismes de régulation, pour qu'ils s'adaptent aux enjeux actuels.

La clause de sauvegarde permet de protéger l'assurance maladie contre une augmentation trop rapide des dépenses de médicaments, lorsque les autres actions de régulation relatives à la maîtrise des volumes de médicaments prescrits et à leurs prix n'ont pas été suffisantes pour permettre le respect de la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La clause de sauvegarde concerne la majorité des médicaments délivrés en pharmacie de ville et par l'hôpital.

Cependant, la dynamique globale des dépenses remboursées est particulièrement différente selon les deux secteurs : si ces dépenses sont en forte augmentation à l'hôpital (+4,5 % en 2015), elles sont relativement stables pour les médicaments délivrés par les pharmacies d'officines (-0,5 %). Compte tenu de ces différences et des contraintes liées à la négociation des prix des produits hospitaliers, il convient de disposer d'outils permettant de réguler spécifiquement cette dépense, tout en prenant en compte son dynamisme. Il s'agit d'une condition nécessaire pour s'assurer de la soutenabilité des dépenses de l'innovation et garantir un accès pérenne aux produits innovants. Le I du présent article vise donc à remplacer la clause de sauvegarde par deux mécanismes de régulations aux champs de mise en œuvre distincts, l'un s'appliquant spécifiquement aux médicaments délivrés par les officines de ville, l'autre aux médicaments délivrés par les établissements de santé en rétrocession, ou pris en charge en sus des tarifs ou encore bénéficiant du régime des ATU. Pour prendre en compte l'arrivée importante de médicaments innovants et onéreux, tout en assurant la soutenabilité des dépenses de médicaments, il est proposé de fixer le taux Lv en ville à 0 % et le taux Lh à l'hôpital à 2 % pour l'année 2017.

Par ailleurs, l'émergence rapide, en 2014, de nouveaux traitements innovants de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C a conduit à la création d'un mécanisme de contribution spécifique – dit dispositif W – pour ces médicaments particuliers. Le mécanisme a pour objectif de rendre les dépenses relatives à ces traitements compatibles avec l'ONDAM. Alors que le dispositif W a fait la preuve de son efficacité, permettant en 2015 de stabiliser les dépenses près de la cible fixée par le Parlement à 700 millions d'euros avant une baisse en 2016, il s'avère nécessaire de le prolonger pour l'année 2017. En effet, les modifications intervenues au cours de l'année 2016 dans les conditions de prise en charge des médicaments de l'hépatite C nécessitent de disposer d'un dispositif permettant de continuer à limiter l'impact sur l'ONDAM de ces traitements particulièrement onéreux.

Sur la base des dépenses constatées au premier semestre 2016, le montant W est fixé à 600 millions d'euros pour l'année 2017. La généralisation rapide des indications de traitement d'ici la fin de l'année 2016 devrait en effet être compensée par l'arrivée de nouveaux traitements moins chers et par la renégociation consécutive des prix des traitements déjà disponibles. Comme en 2014 lors de la création du dispositif, l'issue de ces négociations conventionnelles reste incertaine. C'est pourquoi la prolongation du dispositif W, avec un seuil de déclenchement correspondant au chiffre d'affaires estimé pour 2016, permettra de sécuriser cet équilibre entre prix et volumes. Le mécanisme d'exonération d'une partie de la contribution en cas de contractualisation d'une entreprise avec le Comité économique des produits de santé est par ailleurs abrogé, puisque le dispositif W doit justement inciter les laboratoires à négocier conventionnellement avec le CEPS des prix qui soient compatibles avec le montant W, pour éviter le déclenchement de la contribution. Il n'y a donc pas d'intérêt à maintenir cette exonération, qui rend l'objectif du dispositif global moins compréhensible.

Article 19

I. - Il est institué une participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du même code. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La participation est due par chaque organisme, mentionné au premier alinéa, en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle est perçue. Elle est égale au produit d'un forfait annuel de 5 euros par le nombre de bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé prévue à l'article L. 160-1 du même code et d'ayants droit âgés de seize ans ou plus, couverts par l'organisme, à l'exclusion des bénéficiaires de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du même code, au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est perçue et pour lesquels l'organisme a pris en charge, au cours de cette même année, au moins une fois, en tout ou partie, la participation de l'assuré due au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du même code.

II. - La participation est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d'aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d'État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues pour ladite taxe.

III. - La participation mentionnée au I est due pour l'année 2017.

Exposé des motifs

Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont pris l'engagement en 2012, lors de la négociation de l'avenant 8 à la convention médicale, de participer au financement de rémunérations alternatives au paiement à l'acte, au titre du forfait médecin traitant, à hauteur de 150 millions d'euros.

Cet engagement a été mis en œuvre entre 2013 et 2016, à travers la création d'une taxe dont le produit correspondait à l'engagement financier conventionnel, répartie entre les différents organismes complémentaires. Conformément à son objet (financer une partie des dépenses de l'ONDAM assurant la rémunération des médecins), le rendement de la contribution constitue une recette « atténuative » de l'ONDAM (c'est-à-dire qu'il vient en réduction des dépenses de l'ONDAM, à l'instar des produits des remises versées par les laboratoires dans le cadre des conventions passées avec le comité économique des produits de santé).

Il est ici proposé de proroger cette taxe pour l'année 2017, tout en simplifiant ses modalités

TITRE II
CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER
DE LA SECURITE SOCIALE

Article 20

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 131-7 est complété par les mots : « et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;

2° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

- au deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

- au troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,65 % » ;

- au quatrième alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,87 % » ;

- le cinquième alinéa est supprimé ;

b) Le 7° est ainsi modifié :

- au deuxième alinéa, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

- les *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h* et *i* sont abrogés ;

- le *j* devient *b* ;

3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;

b) Le II, le III et le IV sont abrogés ;

4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « I » est supprimée ;

b) Le II et le III sont abrogés ;

5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime, ou à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour la contribution assise sur les autres revenus, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : » ;

6° Au 5° de l'article L. 223-1, après les mots : « le régime des salariés agricoles » sont insérés les mots : «, le régime des exploitants agricoles » ;

7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;

8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « fixée à l'article L. 651-2-1 » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :

« 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

« 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

« 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail;

« 4° Les sommes acquises à l'Etat en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

« 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

« 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;

9° Au II de l'article L. 245-16, le taux : « 1,15 % » et le taux : « 3,35 % » sont respectivement remplacés par le taux : « 1,38 % » et le taux : « 3,12 % » ;

10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'Etat employeur, soit des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code. L'Etat ou ces organismes sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;

11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Au quatrième alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;

12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 215-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;

13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;

15° L'article L. 651-2-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 651-2-1. - Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

16° Le IV de l'article L. 862-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« IV. - Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis*, pour une part correspondant à un taux de 6,27 % ainsi qu'au 1° du même II *bis*, est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »

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

1° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au 5°, le taux : « 57,8 % » et remplacé par le taux : « 56,50 % » ;

b) Les 8°, 9° et 10° sont abrogés ;

2° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au 3°, le taux : « 42,2 % » est remplacé par le taux : « 39,25 % » ;

b) Après le 6°, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

« 6° *bis* Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1618 *septies* du code général des impôts » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L.732-58 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« - par une fraction, fixée à 4,25 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;

« - par le produit de la taxe mentionnée à l'article 1609 *vicies* du code général des impôts » ;

4° Le chapitre III du titre V du livre VII est intitulé : « Accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;

5° L'article L. 753-1 est ainsi modifié :

a) Les mots : « La Caisse des dépôts et consignations gère un fonds commun des accidents du travail agricole qui a » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 assurent » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles peuvent déléguer par convention ces compétences à une autre caisse mentionnée à l'article L. 723-2. » ;

6° L'article L. 753-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 753-2. - Les sociétés et organismes d'assurance peuvent transmettre le service des rentes et la charge des frais de renouvellement d'appareillage dont ils demeurent tenus aux caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ou à une caisse délégataire en application de l'article L. 753-1, à charge pour eux de transmettre en même temps à ces caisses l'actif correspondant à ces engagements.

« Un décret fixe les conditions et modalités de ces transferts. » ;

7° La section 2 du chapitre III du titre V du livre VII est abrogée ;

8° La section 3 du même chapitre est intitulée : « Dépenses relatives aux accidents du travail intervenus avant le 1^{er} juillet 1973 » ;

9° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :

a) A la fin du premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 753-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « La Caisse des dépôts et consignations exerce » sont remplacés par les mots : « Les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exercent » et les mots : « payées par elle » sont remplacés par les mots : « payées par elles » ;

b) Au second alinéa, les mots : « elle jouit, pour le remboursement de ses avances » sont remplacés par les mots : « elles jouissent, pour le remboursement de leurs avances » et les mots : « n'a plus de recours » sont remplacés par les mots : « n'ont plus de recours » ;

11° Au second alinéa de l'article L. 753-6, les mots : « de la caisse des dépôts et consignations exerçant son recours » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 exerçant leur recours » ;

12° L'article L. 753-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole supporte » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 supportent » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « du fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 » ;

13° Aux articles L. 753-12, L. 753-15, L. 753-19, L. 753-20 et L. 753-22, les mots : « le fonds commun des accidents du travail agricole » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 ».

III. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :

a) Le 3° est complété par les mots : « et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget ; »

b) Le 6° est abrogé ;

2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le *a* du 1° du II est ainsi rédigé :

« *a*) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 » ;

b) Le *a* du 1° du IV est abrogé.

IV. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article 1609 *vicies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article 1618 *septies*, les mots : « au profit de l'organisme mentionné à l'article L. 731-1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° Les six premiers alinéas de l'article 1622 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes assureurs contribuent au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime. Cette contribution est calculée au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-1 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002 et au prorata du nombre de personnes assurées auprès de chacun d'eux à la date du 31 mars 2002, en application de l'article L. 752-22 du code rural dans sa rédaction antérieure au 1^{er} avril 2002.

« Le montant total de ces contributions est égal à la moitié de la prévision de dépenses mentionnées à l'article L. 753-1 du code rural et de la pêche maritime au titre de l'année, corrigée de la moitié des insuffisances ou excédents constatés au titre de l'année précédente. Il est fixé chaque année par un arrêté pris conjointement par les ministres chargés du budget et de l'agriculture, dans la limite d'un plafond annuel de 24 millions d'euros. »

V. - A l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « d'une fraction égale à 0,31 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, » sont supprimés.

VI. - Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« V. - Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné par l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante. »

VII. - Le régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale rembourse, au plus tard au 1^{er} avril 2017, à la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 du même code, les sommes, fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, correspondant aux créances constatées au 31 décembre 2016 sur le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment dans les comptes de l'organisme mentionné à l'article L. 611-4 du même code.

VIII. - Il est prélevé, au 1^{er} avril 2017, au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, une somme de 836 millions d'euros sur les réserves de la section mentionnée au III de l'article de l'article L. 135-3 du même code dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du présent article. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du même code.

IX. - Les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles qui ne sont pas affiliés aux régimes mentionnés aux articles L. 641-0 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale de la majoration mentionnée au 1° du II de l'article L. 135-2 du même code dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2016 demeurent prises en charge, dans une section comptable distincte, jusqu'à une date ne pouvant excéder le 31 décembre 2019, et à hauteur d'une fraction fixée par décret, par le fonds institué à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. Les frais de gestion afférents à la prise en charge de ces majorations sont retracés au sein de cette même section comptable.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale prend en charge les régularisations des versements effectués au titre de 2016 en application du III de l'article L. 135-2 dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2016, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

X. - Les dispositions des 10° à 13° du I, des 4° à 13° du II et du 3° du IV entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Les mesures portées par les pouvoirs publics en faveur de l'emploi et de la compétitivité de notre économie représenteront un effort pour les finances publiques de l'ordre de 2,2 milliards d'euros en 2017 de réduction des recettes de la sécurité sociale.

Cet effort repose notamment sur l'effet en année pleine de la réduction de 1,8 point du taux de cotisation d'allocations familiales pour les rémunérations comprises entre 1,6 SMIC et 3,5 SMIC, entrée en vigueur au 1^{er} avril 2016 et qui s'appliquera pour la première fois en année pleine sur l'année 2017, sur la mise en œuvre en 2017 d'une réduction dégressive des taux de cotisations d'assurance maladie pour les travailleurs indépendants à revenus moyens et faibles, afin de tenir compte de l'absence d'effet du CICE pour ces populations, comme annoncé par le Président de la République. Le Gouvernement a aussi décidé une mesure complémentaire de soutien aux exploitations agricoles en baissant, dès l'exercice 2016, de 7 points les taux de cotisations maladie auxquels sont assujettis les exploitants, afin de préserver leur pouvoir d'achat et de limiter leurs coûts dans un contexte international concurrentiel.

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement, l'ensemble des pertes de recettes liées à ces mesures fait l'objet d'une compensation à la sécurité sociale, dont les modalités sont retracées dans le cadre du projet de loi de finances pour 2017. Cette compensation reposera notamment sur la prise en charge par le budget de l'Etat du coût d'exonérations de cotisations dont les pertes de recettes demeuraient jusqu'alors supportées financièrement par la sécurité sociale. Ce mécanisme permettra ainsi un meilleur respect de la règle fixée par la loi Veil de 1994 de compensation à la sécurité sociale des exonérations de cotisations et contributions sociales et de renforcer ainsi le suivi de ces dispositifs par les ministères gestionnaires.

Un certain nombre de transferts de dépenses entre l'Etat et la sécurité sociale, notamment afin de rationaliser le financement d'opérateurs ou de certaines prestations, constitue également une modalité de ces compensations en faveur de la sécurité sociale.

Enfin, le montant de la compensation proposé par en loi de finances pour 2017 tient compte du prélèvement au profit du régime général des ressources mises en réserve au sein de l'actuelle section 3 du fonds de solidarité vieillesse. Cette mesure est bien entendu sans impact sur les droits des assurés, qui seront désormais garantis et versés par les régimes de retraite eux-mêmes.

La hausse de recettes résultant de la compensation des exonérations pouvant ne pas coïncider pour certaines branches avec les nouvelles dépenses correspondant aux mesures de compétitivité ou d'équité mises en œuvre par le Gouvernement, le présent article prévoit des réaffectations de recettes entre branches et régimes afin d'assurer un solde équilibré de ces derniers après effet des mesures d'économies et de compensation.

Par ailleurs, le présent article procède à une simplification des modalités de financement de certains risques couverts par la sécurité sociale, essentiellement s'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Le projet d'article procède ainsi à la suppression de deux fonds, le fonds de compensation des accidents (FCAT) du travail et le fonds de compensation des accidents du travail agricoles (FCATA), en confiant directement, sans aucun impact sur les droits des bénéficiaires de ces dispositifs, la gestion des prestations qu'ils versaient aux caisses du régime général et de la Mutualité sociale agricole.

Cet article engage également une dynamique de redressement de la situation financière du Fonds de solidarité vieillesse tout en poursuivant la rationalisation de son financement, à la suite de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Le présent PLFSS prévoit ainsi de transférer progressivement les recettes et les dépenses de la section 2 et immédiatement les dépenses consacrées au financement du maintien de l'âge de départ à la retraite à 65 ans pour les parents d'enfants handicapés ou de trois enfants et plus, afin notamment de mettre fin au financement assez inopportun du minimum contributif par le FSV, en transférant 1 milliard d'euros au titre de cette dépense vers les régimes de base de retraite. Ici encore, cette mesure est sans impact sur les droits des assurés.

À l'occasion de ces transferts, il est également proposé de simplifier et de clarifier la répartition de certaines recettes affectées à la sécurité sociale, notamment en affectant exclusivement à la branche maladie les produits des droits de consommation sur les tabacs, taxe ayant vocation à financer le système de soins, en rationalisant l'affectation de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), qui ne sera plus dédiée qu'au financement de la branche vieillesse et en affectant exclusivement la taxe de solidarité additionnelle, prélèvement assis sur les contrats d'assurance maladie complémentaire, à la CNAMTS et au fonds CMU.

Enfin, le présent article procède à la sécurisation du versement des retraites complémentaires des artisans du secteur du BTP, régime fermé qui ne comprend plus que des retraités, les actifs cotisant depuis 1998 au régime complémentaire des indépendants (RCI). L'article confirme que le reliquat des droits du régime, qui ont été financés pendant 18 années par un mécanisme de solidarité spécifique (une fraction de la C3S, acquittée par les grandes entreprises) ont bien vocation à être couverts désormais par le RCI puisque lui-même perçoit l'ensemble des cotisations des actifs du secteur. Le RCI garantira ainsi, en cohérence avec ses missions, la couverture retraite complémentaire de l'ensemble des travailleurs indépendants rentrant dans son champ d'affiliation. Cette mesure n'aura aucun effet sur les pensions des artisans du BTP, dont les règles de calcul et modalités de versement demeureront inchangées.

Article 21

Est approuvé le montant de 6,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Exposé des motifs

Le montant prévu en projet de loi de finances pour 2017 afin de couvrir les dispositifs d'exonération compensés s'établit à 6,1 milliards d'euros.

Ce montant augmente du fait de la prise en charge par l'Etat de nouvelles exonérations historiquement non compensées à la sécurité sociale du fait de leur date de création, antérieure à 1994, dans le cadre de la compensation des pertes de recettes et des transferts liés au pacte de responsabilité.

Par ailleurs, ce montant intègre la compensation de la réduction du taux de cotisation maladie des exploitants agricoles à hauteur de 0,5 milliard.

Article 22

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,5	207,1	-2,6
Vieillesse	232,2	230,6	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,2	13,5	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	487,1	487,4	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,7	487,8	-4,1

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel des régimes obligatoires de base atteindra pratiquement l'équilibre en 2017 (- 0,3 milliard d'euros) hors Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et s'élèvera à - 4,1 milliards d'euros avec le FSV, ce qui représente une amélioration de 2,8 milliards d'euros par rapport à la prévision actualisée pour 2016 sur le même périmètre (cf. article 4). Ce redressement résulte de l'effort de maîtrise de la dépense engagé depuis plusieurs années.

L'amélioration du solde de la branche maladie contribuera pour 1,4 milliard d'euros à la réduction du déficit global, avec un ONDAM fixé à 2,1 %. 3,5 milliards d'euros d'économies sont attendues en 2017 pour respecter cet objectif par rapport à l'évolution tendancielle de la dépense.

L'effet des réformes des retraites permettra à la branche vieillesse d'être en excédent de 1,6 milliard d'euros en 2017, soit une amélioration de 0,3 milliard d'euros par rapport au solde actualisé pour 2016, alors même que ce solde intègre le transfert du financement d'une partie des droits à l'assurance-vieillesse des chômeurs (minimum contributif), qui avaient été pris en charge par le Fonds de solidarité vieillesse depuis 2011.

Le solde de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sera équivalent à celui de 2016 avec un excédent prévisionnel de 0,7 milliard d'euros.

Enfin, la branche famille devrait être à l'équilibre en 2017, avec une amélioration de 1 milliard d'euros par rapport au solde actualisé pour 2016, grâce notamment aux mesures de redressement réalisées ces dernières années.

Article 23

Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	205,9	-2,6
Vieillesse	126,5	125,0	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	379,5	379,9	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	377,6	381,8	-4,2

Exposé des motifs

Le régime général sera proche de l'équilibre 2017, puisque le solde global des différentes branches atteindra - 0,4 milliard d'euros. Le solde prévisionnel cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse s'élèvera en 2017 à - 4,2 milliards d'euros, soit une amélioration de 2,9 milliards d'euros par rapport au déficit prévu pour 2016. Ce redressement est le fruit d'une amélioration des soldes des branches maladie (de 1,4 milliard) ainsi que des soldes des branches vieillesse (plus 0,5 milliard) et famille (plus 1 milliard).

Article 24

I. - Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,7	19,6	-3,8

II. - Pour l'année 2017, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 14,9 milliards d'euros.

III. - Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

IV. - Pour l'année 2017, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

Le solde prévisionnel du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établira pour 2017 à -3,8 milliards d'euros, soit une stabilisation par rapport au déficit attendu en 2016. Cette stabilisation s'articule avec une politique de rétablissement progressif de l'équilibre du fonds. Celle-ci consiste à rapatrier certaines dépenses du fonds et notamment du minimum contributif et de la section 3 vers le régime général et à recentrer le fonds sur ses missions traditionnelles de financement des dispositifs de solidarité.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait amortir 14,9 milliards d'euros de dette supplémentaire sur l'année 2017. Le dynamisme des recettes qui lui sont affectées et la diminution des charges financières qu'elle supporte dans un contexte de baisse généralisée des taux d'intérêts expliquent l'amélioration continue de ses capacités d'amortissement. Après une augmentation ponctuelle de la dette sociale restant à amortir ou situation nette de la caisse, liée notamment à la reprise anticipée de 23,6 milliards d'euros en 2016, la situation nette diminuerait à nouveau fortement en 2017 (à hauteur de -15 milliards d'euros, soit une situation nette à fin 2017 de -121 milliards d'euros). L'horizon d'extinction de la CADES est toujours fixé à 2024.

Article 25

I. - Sont habilités en 2017 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

	(en millions d'euros)
	Montants limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	33 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	450
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	200
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	350
Caisse nationale des industries électriques et gazières	300

II. - Le III de l'article 31 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est supprimé.

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 33 milliards d'euros pour l'ensemble de l'exercice 2017, soit 7 milliards de moins que sur les sept premiers mois de l'année 2016. Il sera toutefois légèrement supérieur à celui de la fin 2016, qui était marqué par une opération exceptionnelle de reprise de dette par la CADES, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, ayant permis un relèvement temporaire du plafond d'emprunt de l'agence. Ce plafond permettra également la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime vieillesse des exploitants agricoles (qui fait également l'objet d'un plafond dédié, fixé à 4,45 milliard d'euros, afin de suivre ces opérations spécifiques), ainsi que de faire face aux aléas pesant sur son profil tout au long de l'année.

Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines est quant à lui fixé à 350 millions d'euros. Les besoins de financement du régime des mines ont été très fortement réduits après les versements effectués par le régime général en application des dispositions de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui prévoient l'intégration financière de l'ensemble des branches maladie avec, pour le régime des mines, une reprise de ses déficits cumulés. Les besoins de trésorerie de la Caisse des mines continueront d'être couverts par des avances de l'ACOSS, dans le cadre des dispositions de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale.

Le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) est fixé à 200 millions d'euros, sauf pour les tous premiers jours de l'année (450 millions d'euros pour la période du 1^{er} janvier au 6 janvier, du fait du décalage inhérent en début d'année aux dates de versement des pensions d'une part et de la subvention de l'Etat d'autre part).

Enfin, le plafond de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), est fixé à 300 millions d'euros, en conséquence de la baisse temporaire de rendement de la contribution tarifaire d'acheminement qui constitue plus de 20 % de ses recettes, calibrée pour assurer un équilibre sur un cycle quinquennal mais pas forcément années après années. Toutefois, l'aménagement des modalités de reversement de cette contribution par les opérateurs du marché est prévu en 2017 par voie réglementaire, et permettra de diminuer le besoin en fonds de roulement sur l'année.

La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) n'aura pas besoin de recourir à l'emprunt pour financer ses décalages de trésorerie. C'est également le cas du régime d'entreprise de la Régie autonome des transports parisiens (CRP RATP) grâce à des aménagements d'échéanciers de versement des flux croisés avec le régime général.

Le nombre de régimes ayant recours à l'emprunt est ainsi stabilisé à cinq. Ces éléments sont détaillés en annexe 9 au présent projet de loi.

Article 26

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE
Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2017

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE FAMILLE

Article 27

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, il est inséré un : « I » ;

b) Au quatrième alinéa, après les mots : « par décision de justice », il est ajouté les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 ; » ;

c) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :

- à la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et après les mots : « décision de justice » sont insérés les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;

- à la dernière phrase, les mots : « l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « la contribution » ;

d) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. - En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° est ouvert. » ;

e) Le sixième alinéa devenu septième alinéa est précédé par un : « III » ;

2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :

a) Aux premier et deuxième alinéas, après les mots : « décision de justice devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « 4° » est remplacée par les mots : « 4° du I » ;

3° L'article L. 581-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;

b) Au premier alinéa dans sa rédaction résultant du a) du présent 3°, après les mots : « décision de justice devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2, » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, après les mots : « décision judiciaire devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;

5° Il est rétabli un chapitre II du titre VIII du livre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES A CERTAINES CREANCES ALIMENTAIRES*

« *Art. L. 582-1.* - Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception qu'il est tenu de procéder au versement de la créance fixée par décision de justice auprès de cet organisme et qu'à défaut de ce paiement dans un délai de deux mois, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise à cet égard les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.

« Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, il est fait application des dispositions du premier alinéa sur demande du créancier.

« Lorsque l'autorité judiciaire use de la faculté prévue au dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, le débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

« L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut celui du parent créancier. » ;

6° Le chapitre II du titre VIII du livre V, tel qu'il résulte du 5° du I du présent article, est complété par un article L. 582-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 582-2. - Sur demande conjointe des parents, qui mettent fin à une vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les unissait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Aucun des parents n'est titulaire d'une créance fixée pour ce même enfant par une décision de justice ou n'a engagé de démarche pour l'obtenir ;

« 2° Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur, et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;

« 3° L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution telles que mentionnées au 2°.

« La décision de l'organisme a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

« La demande des parents peut être réalisée par voie dématérialisée.

« Lorsque l'information mentionnée au 1° n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme, la décision de l'organisme débiteur est frappée de nullité.

« La décision de l'organisme n'est susceptible d'aucun recours devant la commission de recours amiable prévue en application de l'article L. 142-1 du présent code.

« Les parents sont tenus de signaler à l'organisme tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4° de l'article L. 523-1, les parents transmettent un nouvel accord à l'organisme en vue du maintien de cette prestation.

« L'organisme auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou à défaut du parent créancier.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

7° L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est également applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et le 4° du I de l'article L. 523-1. » ;

8° Après l'article L. 583-4, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 583-5. - Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 et auquel ils ont donné force exécutoire. » ;

9° Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;

b) Les mots : « et L. 583-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 » ;

II. - L'article 373-2-2 du code civil est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles violences ou en cas de violences mentionnées dans une décision de justice, le juge peut prévoir que cette pension est versée entre les mains du directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales. »

III. - A l'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, après les mots : « décision judiciaire devenue exécutoire », sont insérés les mots : « ou par le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale ».

IV. - Le présent article n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. - Les dispositions du *b* et *c* du 1°, du *a* du 2°, du *b* du 3°, du 4°, du 6°, du 7°, du 8° et du *b* du 9° du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2018.

Exposé des motifs

Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole ont été investies d'une mission générale de recouvrement des pensions alimentaires impayées par la loi du 22 décembre 1984 relative à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées.

Depuis 2012, une politique volontariste de lutte contre la pauvreté a été mise en œuvre en faveur des parents isolés confrontés à des impayés de pension alimentaire, qui peuvent mettre à mal un équilibre financier déjà fragile. Elle s'est traduite par une revalorisation exceptionnelle des montants de l'allocation de soutien familial (ASF) et la généralisation par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) expérimentée depuis le 1^{er} octobre 2014 dans une vingtaine de départements. Cette mesure mise en œuvre depuis le 1^{er} avril 2016 apporte des premières réponses concrètes aux familles monoparentales particulièrement exposées au risque de pauvreté par le renforcement des moyens de recouvrement et la garantie d'une pension alimentaire minimale d'un montant de 104,75 euros, versée au titulaire d'une décision de justice ou d'un accord amiable. En outre, afin d'optimiser la mission de recouvrement des pensions alimentaires et de professionnaliser les agents en charge de cette mission, la gestion de l'ASF recouvrable a été mutualisée le 30 juin 2015 au sein de 22 CAF pivots. L'amélioration de la capacité de recouvrement des caisses est notable.

Malgré cette avancée, la mission de recouvrement des organismes est largement perfectible. Elle ne s'adresse pas à tous, elle reste mal connue des allocataires et l'information donnée aux familles sur la séparation est parcellaire et éparpillée. Par ailleurs, le dispositif actuel ne permet pas d'apporter un accompagnement satisfaisant aux couples qui se séparent par voie amiable et aux créanciers qui ont été victimes de violence.

Face à ces constats, le Président de la République a annoncé le 8 mars 2016, lors de la journée internationale des droits des femmes, la création d'une agence de recouvrement des pensions alimentaires.

Cette agence, qui prendra la forme d'un renforcement des missions de la Caisse nationale des allocations familiales, sera mise en place le 1^{er} janvier 2017 sous la forme d'un service national adossé à la CNAF en lien avec la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et grâce à une facilitation du recours à l'aide au recouvrement des caisses pour les parents remis en couple en supprimant la condition d'avoir épuisé les autres voies de recours. Elle sera pleinement opérationnelle d'ici avril 2018.

La création de cette agence marque une nouvelle étape dans le soutien public apporté aux familles monoparentales et contribuera à responsabiliser les parents débiteurs dans l'intérêt notamment de leurs enfants. Elle visera à assurer le recouvrement rapide des pensions alimentaires impayées, dès le premier mois de défaillance, afin de limiter l'appauvrissement du créancier et de ses enfants. Elle permettra enfin de mieux faire connaître la mission générale de recouvrement des impayés de pensions alimentaires des caisses l'allocation familiale et des caisses de MSA au profit de tout créancier, même celui remis en couple.

En cohérence avec ces orientations, la présente mesure complète les missions de recouvrement de la branche famille en cas d'incident de paiement. Elle soutient le revenu des créanciers en facilitant l'accès de ces derniers, lorsqu'ils vivent à nouveau en couple, aux moyens de recouvrement des impayés mis en place par la branche famille ; par ailleurs, elle permet aux organismes de conférer directement, sous conditions, une force exécutoire aux accords amiables des couples non mariés qui se séparent de façon amiable et ainsi de favoriser le recours à l'allocation de soutien familial complémentaire ; enfin, les débiteurs auteurs de menaces ou de violences sur le parent créancier ou l'enfant devront verser, sur décision judiciaire, la pension alimentaire entre les mains de la branche famille, qui jouera ainsi un rôle d'intermédiaire financier sans avoir désormais à compenser cette carence par le versement d'une allocation de soutien familial non recouvrable.

Article 28

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'employeur est tenu de procéder à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte et au plus tard à une date fixée par décret. » ;

2° La deuxième sous-section de la première section du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-12.* - Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code de l'accord écrit et préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné au 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts.

« L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.

« L'employeur qui recourt au dispositif décrit au premier alinéa est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.

« Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa tient compte, le cas échéant :

« 1° Des dispositions prévues aux articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;

« 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base des dispositions du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;

« 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application des dispositions de l'article L. 133-8-3 ;

« 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;

3° A l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;

4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et au douzième alinéa, la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;

b) Les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ce complément comprend deux parts :

« “a) Une part calculée, selon les modalités du II, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

« “b) Une part calculée, selon les modalités du III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant.” » ;

c) Au neuvième alinéa, les mots : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacés par les mots : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;

d) Le II est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « le montant », sont insérés les mots : « mentionné au a du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;

- au second alinéa, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge », sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au a du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;

- au second alinéa, après les mots : « plafond par ménage », sont insérés les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au I bis de l'article L. 241-10 du présent code » ;

- au second alinéa, la deuxième phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » et les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « Il » ;

e) Au III, après les mots : « L'aide », sont insérés les mots : « mentionnée au b du I » et les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont supprimés ;

5° L'article L. 531-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 531-8.* - Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.

« Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du I du même article dans la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

« Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application de l'alinéa précédent, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.

« Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant du *b* du I mentionné à l'article L. 531-5. L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 531-8 et à l'article L. 531-8-1. » ;

6° Après l'article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 531-8-1.* - Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, et sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant dernier alinéa de l'article L. 531-8. »

II. - Au 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, après les mots : « de la rémunération » sont insérés les mots : « et des cotisations et contributions sociales afférentes pour les ».

III. - Le présent article s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2018, à l'exception du 1° du I qui s'applique aux rémunérations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Les personnes ayant recours à un employé pour la garde de leurs enfants peuvent bénéficier du complément de libre choix du mode de garde « emploi direct » qui est un dispositif alliant exonération de cotisations sociales et prise en charge partielle de la rémunération du salarié. En 2014, le coût de cette prestation a représenté près de 5,7 milliards d'euros pour la branche famille (5,4 milliards au titre de l'emploi d'un assistant maternel et 0,3 milliard au titre de l'emploi d'une garde à domicile), auxquelles s'ajoute par ailleurs le bénéfice l'année suivante du crédit d'impôt sur l'éventuel reste à charge. Cependant, malgré cet effort financier public conséquent, ces aides sont, pour leur composante sociale, octroyées par des organismes différents (centre national Pajemploi, caisses d'allocations familiales et caisses de MSA) selon des règles distinctes et avec des temporalités différentes, ce qui nuit à leur visibilité et à leur efficacité. De fait, l'articulation actuelle des dispositifs ne permet pas une lecture immédiate pour le particulier employeur du coût réel qu'il devra supporter *in fine* pour l'emploi d'un salarié.

Face à ce constat et conformément à l'objectif du Gouvernement de favoriser le développement de l'emploi déclaré dans ce secteur d'activité et de répondre aux besoins d'emploi des familles, la présente mesure réforme le circuit de paiement des aides sociales accordées aux particuliers employeurs ayant recours à une garde à domicile en rendant l'octroi des aides sociales auxquels ils sont éligibles concomitant du paiement des cotisations et contributions dues.

A cette fin, la mesure prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2018, qu'après prise en compte des exonérations de cotisations et contributions sociales, le montant de complément de libre choix du mode de garde (CMG) auquel peut prétendre la famille soit affecté en priorité au paiement du montant des cotisations et contributions sociales restant à la charge de l'employeur, le montant d'aides au titre du CMG restant dues étant, le cas échéant, reversé par les CAF et caisses de MSA. Cette mesure simplifiera, pour les familles employant une garde à domicile, la compréhension de leurs aides en limitant les flux financiers et les avances de trésorerie.

Enfin, cette mesure s'inscrit plus largement dans un dispositif d'ensemble alliant un bénéfice des aides sociales rendu davantage concomitant pour les particuliers employeurs et une gestion facilitée du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu de leurs salariés. Dans ce cadre, la mesure prévoit également la possibilité pour tous les particuliers employeurs de déléguer par mandat au centre Pajemploi ou au centre CESU, le versement de la rémunération de leur salarié tout en retenant en même temps l'impôt sur le revenu dû par ce dernier. Ce schéma totalement intégré permettra aux particuliers employeurs de bénéficier d'une offre de service globale allégeant de manière substantielle leurs formalités sociales ainsi que celles liées au prélèvement à la source mais également d'aller encore plus loin dans le rapprochement entre les montants versés par les particuliers employeurs à la suite de la déclaration d'activité de leurs salariés et le coût réel que l'employeur devra supporter à ce titre.

Article 29

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses de la branche famille est fixé, pour 2017, à 49,9 milliards d'euros soit une augmentation de 0,2 milliard d'euros par rapport à la prévision de dépense pour 2016.

En 2017, la faiblesse de l'inflation et la montée en charge de la modulation des allocations familiales conduiraient à limiter la croissance des dépenses. Elles continueraient néanmoins d'augmenter, notamment sous l'effet des revalorisations de prestations prévues par le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

TITRE II
DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 30

I. - L'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »

II. - L'article L. 351-16 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète ou la reprise d'une activité à temps complet. »

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

La retraite progressive contribue à faciliter la transition entre vie professionnelle et retraite en permettant aux assurés qui totalisent 150 trimestres d'assurance de bénéficier d'une retraite tout en continuant à travailler à temps partiel pour un seul employeur.

La loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a simplifié les conditions d'accès à ce dispositif et ainsi permis son développement.

Or les dispositions actuelles ne permettent pas aux salariés ayant plusieurs employeurs de bénéficier de ce dispositif.

Afin d'assurer une équité entre ces salariés et les autres, le présent article leur ouvre ce droit, afin qu'ils puissent bénéficier de ce dispositif dans des conditions similaires à celles applicables aux autres salariés.

Un décret en Conseil d'État précisera ces conditions, notamment la durée de travail ouvrant droit au dispositif, qui sera équivalente à celle applicable aux salariés à temps partiel, à savoir une durée comprise entre 40 % et 80 %, et les règles permettant le décompte total de l'activité à temps partiel.

Article 31

Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validés, en tant que leur régularité serait contestée par le moyen tiré de ce que la délibération du 31 mars 2004 du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales n'a pas pu leur donner de fondement légal :

1° Les décisions, notifiées au plus tard le 13 août 2016, validant les années d'études d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social, comme période de service en application du 2° de l'article 8 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales dans la rédaction applicable avant le 14 août 2016 ;

2° Les avis de mise en recouvrement des retenues et contributions afférentes aux périodes d'études mentionnées au 1° notifiés aux employeurs concernés par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Exposé des motifs

Par une décision du 12 février 2016, le Conseil d'Etat a jugé que la délibération du 31 mars 2004 par laquelle le conseil d'administration de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) appliquait aux périodes d'études d'infirmier, de sage-femme et d'assistant social les dispositions réglementaires relatives à la validation des services de non titulaire était dépourvue de base légale.

Cette décision ne remet pas en cause le fond du dispositif, mis en œuvre depuis 1950 en faveur des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (et désormais fermé depuis le décret n° 2010-1740 du 30 décembre 2010), mais seulement l'absence de compétence de la caisse pour en définir elle-même les modalités.

Pour les assurés n'ayant pas encore fait l'objet d'une notification par la caisse, le dispositif est désormais sécurisé par un décret du 11 août 2016.

La présente disposition législative a pour objet de sécuriser la situation des 15 000 agents qui ont déjà fait l'objet d'une notification par la caisse, afin que leurs droits à retraite ne soient pas remis en cause.

Article 32

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est abrogé ;

2° Au 2° de l'article L. 742-6, après la référence : « L. 622-5 », sont insérés les mots : « ou L. 723-1 ».

II. - Le présent article s'applique aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Les avocats ayant cotisé moins de 15 ans à la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) perçoivent une pension de base calculée en référence à une composante du minimum vieillesse, l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), soit 3 383 € en 2016, alors que celle des avocats à carrière plus longue est déterminée par rapport à la pension de référence du régime (16 531 € en 2016). Le présent article supprime les effets de seuils importants qui découlent de cette « clause de stage ».

Par ailleurs, il adapte le dispositif de l'assurance volontaire vieillesse pour l'élargir aux anciens avocats, dès lors que les anciens conjoints collaborateurs d'avocats et les anciens avocats résidant à l'étranger y sont déjà éligibles.

Article 33

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 131-6-3, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 » ;

2° A l'article L. 133-6-6, les mots : « appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

3° L'article L. 133-6-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 et 102 *ter* » sont remplacés par les mots : « des taux d'abattement mentionnés au II » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;

d) Au II, les mots : « des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

e) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations attribuées aux personnes mentionnées au présent article sont calculées sur la base de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes après application, pour les travailleurs indépendants relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, d'un taux d'abattement de 71 % lorsqu'ils appartiennent à la première catégorie mentionnée au 1 de l'article 50-0 du code général des impôts et de 50 % dans le cas contraire, et pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1, d'un taux d'abattement de 34 %. » ;

4° Au 1° de l'article L. 134-3, les mots : « Des branches mentionnées aux 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 » ;

5° Au troisième alinéa de l'article L. 135-6, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « au 2° de l'article L. 611-2 » ;

6° A l'article L. 611-1, les mots : « les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées au 1° à l'exception de celles qui sont affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

7° L'article L. 611-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le chiffre : « trois » est remplacé par le chiffre : « deux » ;

b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Assurances vieillesse » ;

8° A l'article L. 611-5, les mots : « un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs catégories de professions » ;

9° L'article L. 611-12 est ainsi modifié :

a) Au I, les mots : « de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

b) Au I, les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa sont respectivement ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories. » ;

c) Au I, le sixième alinéa est supprimé ;

d) Le II est abrogé ;

e) Le III devient le II ;

10° A l'article L. 613-1, les deuxième à cinquième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« 1° les travailleurs indépendants, y compris ceux qui relèvent de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ;

« 2° Les débitants de tabacs ;

« 3° Les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; »

11° A l'article L. 613-9, les mots : « communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, » et les mots : « propres à un plusieurs de ces groupes » sont supprimés ;

12° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du » sont remplacés par les mots : « par le » ;

b) Au deuxième alinéa, la première phrase est remplacée par une phrase ainsi rédigée : « Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5. » et les mots : « de l'ensemble des groupes intéressés » sont remplacés par les mots : « des catégories professionnelles correspondantes » ;

13° Les articles L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4 et L. 622-7 sont abrogés ;

14° A l'article L. 622-8, les mots : « des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales » sont supprimés ;

15° A l'article L. 622-9, les mots : « des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

16° A l'article L. 623-2, les mots : « des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

17° L'intitulé du titre III du livre VI : « Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales » est remplacé par l'intitulé : « Assurance vieillesse et invalidité-décès des personnes affiliées au régime social des indépendants » ;

18° Aux articles L. 634-1 et L. 634-2, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

19° L'article L. 634-2-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et au a du II, les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) Au a du II, les mots : « ces régimes » sont remplacés par les mots : « ce régime » ;

c) A l'avant-dernier alinéa du II, les mots : « des régimes concernés » sont supprimés ;

20° L'article L. 634-2-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

b) Au 1° du I, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

c) Au 2° du I, les mots : « des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;

21° A l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

22° Aux articles L. 634-3-2, L. 634-3-3 et L. 634-5, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

23° A l'article L. 634-6, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

24° L'article L. 635-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

25° A l'article L. 635-3, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

26° A l'article L. 635-4, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;

27° L'article L. 635-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent » sont remplacés par les mots : « Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2° de l'article L. 611-1 attribue » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article » sont remplacés par les mots : « au régime obligatoire mentionné au premier alinéa » ;

28° Le titre IV du livre VI est ainsi modifié :

a) Avant le chapitre I^{er}, il est inséré un chapitre préliminaire intitulé : « Champ d'application » ;

b) L'article L. 622-5 devient l'article L. 640-1 et est inséré au sein du chapitre préliminaire ;

c) Le premier alinéa de l'article L. 640-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes : » ;

d) Au deuxième alinéa, les mots : « architecte, expert-comptable, vétérinaire » sont remplacés par les mots : « auxiliaire médical » ;

e) Au troisième alinéa, les mots : « auxiliaire médical » sont remplacés par les mots : « architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire » ;

f) Le quatrième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Et d'une manière générale, toute profession libérale, autre que celle d'avocat, exercée par des personnes non salariées. Un décret fixe la liste de ces professions. »;

g) Le dernier alinéa est supprimé ;

29° L'article L. 742-6 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » ;

b) Au 2°, les mots : « énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « ayant valu affiliation au régime mentionné à l'article L. 613-1 » ;

c) Au 3°, les mots : « une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « une activité professionnelle relevant du 2° de l'article L. 611-1 » ;

d) Au 4°, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « au 2° de l'article L. 611-1 » ;

e) Au 5°, les mots : « au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code » sont remplacés par les mots : « soit au régime mentionné à l'article L. 611-1, soit au régime mentionné à l'article L. 640-1 » ;

30° L'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions communes » ;

31° Le premier alinéa de l'article L. 742-7 est ainsi modifié :

a) Les mots : « énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 611-1 » ;

b) La référence : « à l'article L. 622-5 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 » ;

32° L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est remplacé par l'intitulé suivant : « Dispositions relatives au régime social des indépendants » ;

33° L'article L. 961-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « des personnes mentionnées à l'article L. 613-1 » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 » sont supprimés ;

c) Au troisième alinéa, la référence : « L. 611-2, » est insérée avant la référence : « L. 644-1 » ;

34° Dans toutes les dispositions législatives du code, les mots : « travailleurs non salariés non agricoles » et les mots : « travailleurs non salariés des professions non agricoles » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants non agricoles ».

II. - L'article L. 6331-48 du code du travail dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « relevant des groupes des professions industrielles et commerciales et des professions libérales mentionnés aux *b* et *c* du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnées au premier alinéa à l'exception de celles mentionnées au 2° du présent article » ;

2° Au 2°, les mots : « relevant du groupe des professions artisanales mentionné au *a* du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « immatriculées au répertoire des métiers » ;

3° Le sixième alinéa est supprimé.

III. - Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Les dispositions des 3°, 6°, 28° et *b* du 31° du I du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :

1° A compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2018, pour ceux qui relèvent des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;

2° A compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2019 pour ceux n'en relevant pas.

IV. - Les travailleurs indépendants des professions libérales ne relevant pas de l'article L. 640-1 et affiliés antérieurement aux dates mentionnées aux 1° et 2° du III à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse restent affiliés à cette caisse. Sous réserve qu'ils soient à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre des assurances vieillesse et invalidité-décès des professions libérales et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ils peuvent choisir avant le 31 décembre 2023, de s'affilier au régime mentionné au 2° de l'article L. 611-1.

Lorsqu'ils exercent cette option, les travailleurs indépendants concernés notifient leur décision à la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse et à la caisse du régime social des indépendants dont ils relèvent. Cette nouvelle affiliation prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ils l'ont notifiée, sans que cette date puisse être antérieure à la date mentionnée au 2° du III.

Ce changement d'affiliation est définitif.

V. - Les travailleurs affiliés au régime social des indépendants et ne relevant pas du champ de l'article L. 133-6-8, mentionnés au 2° du III ou mentionnés au IV, peuvent bénéficier à leur demande, de taux spécifiques pour le calcul des cotisations prévues par l'article L. 635-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2026.

Ces taux spécifiques tiennent compte des différences existant entre les montants totaux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants relevant de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1 du même code et par ceux affiliés pour l'ensemble des risques au régime social des indépendants. Ces taux spécifiques, fixés par décret pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale du régime social des indépendants se réunissant dans les conditions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-5 du même code, rejoignent progressivement le taux normal du régime.

VI. - Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, en application du IV, sont liquidés par les caisses de ce régime.

Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, le montant de la pension est égal au produit du nombre de points acquis dans le régime de base des professions libérales à la date d'effet du changement d'affiliation et de la valeur de service du point dans ce régime de base à cette même date, à laquelle s'applique la revalorisation mentionnée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il est fait application, lors de la liquidation de ce montant de pension, des dispositions des articles L. 643-1-1, L. 643-3, L. 643-4, L. 643-5 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

VII. - Les points acquis dans le régime complémentaire d'assurance vieillesse de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse par les travailleurs indépendants ayant fait choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, en application du IV, sont convertis dans le régime complémentaire mentionné à l'article L. 635-1.

Un décret détermine les règles applicables pour cette conversion, en fonction des valeurs de service de chacun des deux régimes à la date d'effet de la nouvelle affiliation. Il détermine également les conditions particulières de réversion de certains points en fonction des cotisations précédemment versées à ce titre.

VIII. - La caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse transmet à la caisse nationale du régime social des indépendants les informations nécessaires à l'application du VI et du présent VII, selon des modalités définies par décret.

IX. - Les transferts d'affiliations induits par les III et IV donnent lieu à compensation financière entre les régimes concernés.

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2023, un rapport évaluant l'impact, notamment démographique et financier, des dispositions précédentes. Ce rapport s'appuie notamment sur les données transmises par la caisse nationale du régime social des indépendants, la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

Dans un délai de six mois suivant la remise de ce rapport, la compensation financière s'organise dans les conditions prévues par une convention-cadre conclue entre les régimes concernés et approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte des charges et des recettes respectives de chacun des organismes. A défaut de convention, un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de mise en œuvre de cet alinéa.

Exposé des motifs

Rapprocher les régimes de retraite afin que le système de retraite prenne mieux en compte les changements d'activité au cours d'une carrière constitue un enjeu important de modernisation de notre système de protection sociale, pour mieux l'adapter aux évolutions de la vie professionnelle et de l'économie. L'assurance vieillesse de base des assurés du régime social des indépendants (RSI) est prise en charge par deux régimes qui demeurent juridiquement distincts bien qu'étant alignés : le régime des professions artisanales d'une part, le régime des professions industrielles et commerciales d'autre part.

La coexistence de deux régimes distincts, appliquant des règles qui sont aujourd'hui alignées, et alors même que les assurés concernés bénéficient par ailleurs d'un régime complémentaire unique, n'est plus adaptée.

Plus globalement, le maintien de cette segmentation en matière de sécurité sociale entre professions artisanales et professions industrielles et commerciales, mais également entre ces deux populations et d'autres professions (notamment celles relevant des services) qui relèvent aujourd'hui du régime des professions libérales, apparaît complexe et inadapté aux évolutions de ces métiers.

Il existe en effet aujourd'hui un large continuum entre l'ensemble de ces activités, voire entre ces activités et des activités salariées.

Or cette segmentation conduit à des différences de cotisations et de droits pour des activités proches suivant que les personnes sont affiliées au RSI ou à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérale (CIPAV).

En outre, elle nécessite une doctrine particulièrement complexe, source d'illisibilité pour les assurés et de forte lourdeur en gestion pour les organismes. Du fait de ces règles, le régime d'affiliation peut être parfois incertain pour les assurés et par ailleurs, un changement d'activité d'importance limitée peut se traduire par un changement de régime, avec les effets potentiellement pénalisants que cela implique pour la pension dès lors que les droits sont ouverts dans un régime non aligné.

Du côté des organismes, l'application de cette frontière oblige à consacrer des moyens de gestion importants pour classer l'ensemble des activités alors même que cette distinction est artificielle.

Il est ainsi proposé de constituer de manière progressive un régime unique ouvert à l'ensemble des entrepreneurs, artisans, commerçants et à certains professionnels libéraux le souhaitant. Cette mesure concernera les nouveaux créateurs des professions libérales concernées, qui seront tous affiliés au régime des indépendants pour l'ensemble des risques (ils le sont déjà pour la maladie) et ceux qui ont déjà créé une activité qui souhaitent également être gérés dans ce nouveau cadre. Par mesure de simplicité, ces derniers verront leur pension de retraite liquidée par le régime social des indépendants, selon des modalités leur garantissant une bonne lisibilité quant aux droits à retraite précédemment acquis dans leur précédent régime.

Ce mouvement prolongera les évolutions déjà engagées pour rendre le système de retraite plus simple et d'améliorer le service rendu aux assurés, notamment via la mise en place d'une liquidation unique des retraites des régimes alignés.

La réforme, en particulier s'agissant de son champ, donnera lieu à des concertations avec les représentants des intéressés, les organismes de gestion et leurs conseils d'administration.

Article 34

I. - Les pensions de retraite servies par les régimes de retraite dont la réglementation prévoit la prise en compte des bénéficiaires de campagne, attribués et décomptés conformément aux dispositions du c de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, et liquidées avant le 19 octobre 1999, peuvent être révisées, sur la demande des intéressés, déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2016, et à compter de cette demande, afin de prendre en compte le droit à campagne double prévu en application des dispositions précitées, au titre de leur participation à la guerre d'Algérie ou aux combats en Tunisie et au Maroc, selon les modalités en vigueur à la date de promulgation de la présente loi.

II. - A l'article 48 de la loi n° 2016-816 du 20 juin 2016 pour l'économie bleue, les mots : « déposée après la date d'entrée en vigueur de la présente loi » sont remplacés par les mots : « déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2016 ».

Exposé des motifs

L'article 132 de la loi de finances pour 2016 a permis la révision des pensions de retraite des fonctionnaires civils et militaires, à la demande des intéressés, à compter du 1^{er} janvier 2016, pour prendre en compte, pour les pensions liquidées avant le 19 octobre 1999, les bonifications attribuées pour campagne double au titre des combats en Afrique du Nord.

La mesure proposée a pour objet d'étendre ce droit à révision aux autres assurés des régimes spéciaux qui s'étaient vu reconnaître, au même titre que les fonctionnaires, la prise en compte pour les pensions liquidées postérieurement au 19 octobre 1999, des bonifications attribuées pour campagne double au titre des combats en Afrique du Nord. Il s'agit par conséquent d'une mesure d'équité de traitement.

Article 35

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125,0 milliards d'euros.

Exposé des motifs

En 2017, les dépenses d'assurance vieillesse connaîtront une évolution modérée, les prestations augmentant de 1,6 %.

Cette évolution tient compte de l'effet des réformes adoptées dans le cadre de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et notamment des différentes mesures de redressement, immédiates mais également de long terme, qui visent à faire face, de manière responsable et justement répartie, au défi que constitue à long terme l'allongement de l'espérance de vie.

Le redressement de la branche vieillesse permet en outre de ramener dans le champ des dépenses de prestations des régimes obligatoires une part des dépenses du minimum contributif supportées jusqu'en 2016 par le Fonds de solidarité vieillesse.

TITRE III
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET
DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 36

I. - Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 400 millions d'euros au titre de l'année 2017.

II. - Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 626 millions d'euros au titre de l'année 2017.

III. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d'euros au titre de l'année 2017.

IV. - Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 59,8 millions d'euros pour l'année 2017.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche de l'assurance maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP ainsi qu'à la branche retraite au titre du dispositif de départ en retraite anticipée pour pénibilité issu de la loi du 9 novembre 2010.

I.- Pour 2017, le total des dépenses du FIVA est évalué à 513,8 millions d'euros. Compte tenu du résultat cumulé fin 2016, qui serait de 28,8 M€, d'une dotation de l'Etat de 8 millions (dont 8 % de mise en réserve) et des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 92,2 millions, dont 62 millions de reprises sur provisions), une dotation de la branche AT-MP de 400 millions est nécessaire pour 2017.

II.- Les charges du FCAATA devraient s'élever, pour 2017, à 634 millions, soit une diminution de 1,5 % par rapport à 2016. Son résultat pour 2016 devrait s'établir à - 8 millions et le produit de la fraction des droits sur les tabacs affectée au Fonds demeurer stable (35 millions), ce qui permet d'envisager pour 2017 une dotation de 626 millions, c'est-à-dire un montant supérieur à celui de l'année passée (600 millions), au regard de la baisse continue des dépenses dues à la réduction du nombre d'allocataires et à la suppression de la fraction de droits tabacs qui lui revenait jusqu'ici. Le résultat de 2017 serait alors déficitaire de 8 millions, mais ce déficit serait compensé par le résultat net cumulé (8 millions pour 2016).

III.- La commission de la sous-déclaration des AT-MP qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2014 a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 695 et 1 300 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2017 au même niveau qu'en 2016, soit 1 milliard.

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

Les dépenses supplémentaires liées à ce dispositif sont financées par le versement d'une contribution de la branche AT-MP du régime général au profit de la branche retraite.

L'année 2017 fait apparaître un besoin de financement de ce dispositif à hauteur de 59,8 millions d'euros.

Article 37

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles des régimes obligatoires de base s'élève pour 2017 à 13,5 milliards d'euros. L'objectif défini pour le régime général s'établit à 12,1 milliards d'euros. Les prestations accidents du travail et maladies professionnelles progresseront de 1,5 % en 2017.

TITRE IV
DISPOSITIONS RELATIVES A LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER}
CONSOLIDER LES DROITS SOCIAUX, PROMOUVOIR LA SANTE PUBLIQUE

Article 38

I. - Le chapitre IX du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Il est inséré après l'article L. 169-2 un article L. 169-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 169-2-1.* - Les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;

2° A l'article L. 169-3, les mots : « sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3 » sont supprimés ;

3° L'article L. 169-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 169-4.* - I. - Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les dispositions des articles L. 169-2, L. 169-2-1 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.

« Ces dispositions cessent d'être applicables :

« 1° A l'issue d'un délai de deux mois suivant la notification de la décision du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code ;

« 2° Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.

« II. - Toutefois, les dispositions des 1°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2 et de l'article L. 169-3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113-13 précité.

« III. - Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :

« 1° Le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code :

« a) La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du code des assurances ;

« b) L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

« 2° Le ministère de la défense notifie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113-13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;

4° A l'article L. 169-5, les mots : « le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « les droits prévus aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-2-1 peuvent être ouverts » ;

5° A l'article L. 169-8, après la référence : « L. 169-2 » sont insérés les mots : « , à l'article L. 169-2-1 » ;

6° L'article L. 169-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « Le financement » sont remplacés par les mots : « I. - Le financement » ;

b) Le second alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« II. - Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :

« 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;

« 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :

« a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV ;

« b) A compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'Etat.

« III. - Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour qui aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II est à la charge de l'Etat, déduction faite des sommes mentionnées au IV.

« IV. - Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d'assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 pour l'obtention des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prises en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions de l'article L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3. » ;

7° A l'article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 » sont insérés les mots : « et de l'article L. 169-10 ».

II. - L'article L. 422-2 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds rembourse aux régimes d'assurance maladie les dépenses visées aux 1° et au a du 2° du II de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale. »

III. - Après l'article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé:

« Art. L. 3131-9-1. - En cas de mise en œuvre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11, les agences régionales de santé recueillent les données de santé à caractère personnel relatives aux victimes auprès des établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des cellules d'urgence médico-psychologiques, afin de les transmettre aux agents désignés au sein des ministères compétents pour assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données que les agences régionales de santé peuvent transmettre et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles de confidentialité. »

IV. - Au titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, le chapitre I^{er} *bis* est ainsi modifié :

1° A l'article 21-6, les mots : « L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable » sont remplacés par les mots : « Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale sont applicables » ;

2° Au 1° de l'article 21-7, les mots : « A l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 du même code est remplacée » sont remplacés par les mots : « A l'article L. 169-4, les deux occurrences de la référence à l'article L. 169-2 du même code sont remplacées » ;

3° A l'article 21-9, les mots : « et par l'arrêté prévu à l'article 21-6 » sont remplacés par les mots : « et aux articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale » ;

4° L'article 21-10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. 21-10.* - Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré dans les conditions prévues à l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, sous réserve de l'adaptation suivante : au premier alinéa du I, la référence à l'article L. 169-2 est remplacé par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance. »

V. - Au septième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance^o 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « L. 169-10 » est remplacée par la référence : « L. 169-11 ».

VI. - A. - Les articles L. 169-2-1 et L. 169-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue des 1° et 2° du I du présent article, sont applicables aux actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et à la délivrance de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 intervenus postérieurement au 14 juillet 2016.

B. - L'application de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale aux dépassements d'honoraires mentionnés à l'article L. 169-2-1 et aux dépassements de tarifs pour les produits, prestations et prothèses dentaires mentionnés à l'article L. 169-3 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2017.

C. - Les II et III de l'article L. 169-10 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du 6° du I du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2017.

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a instauré une prise en charge dérogatoire au sein des régimes d'assurance maladie (exonération du forfait journalier, des participations forfaitaires et des franchises) de tous les actes et prestations (hospitalisations, consultations médicales, médicaments, transports sanitaires...) rendus nécessaires par l'acte de terrorisme. Destinée avant tout à simplifier les démarches des victimes au moment de la survenance de l'attentat, cette prise en charge dérogatoire est limitée à une année.

Cependant, les attentats intervenus tant en France qu'à l'étranger depuis l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2016 ont montré la nécessité d'améliorer cette prise en charge. A cet effet, le présent article prévoit :

- d'une part, d'étendre cette prise en charge à la part des honoraires et du coût des dispositifs médicaux et de l'appareillage qui excèdent les tarifs de responsabilité de l'assurance maladie ;

- d'autre part, d'en allonger la durée en l'articulant avec l'offre d'indemnisation du Fonds de garantie des victimes du terrorisme et d'autres infractions (FGTI) ainsi que, pour les blessés les plus gravement atteints, avec les dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Par ailleurs, en cohérence avec l'organisation gouvernementale prévue pour l'aide aux victimes, la mesure prévoit la mise en place d'un dispositif de recueil des informations concernant les victimes prises en charge dans le système de santé afin de mieux les suivre tout au long de leur parcours de soins et faciliter ainsi leurs démarches d'indemnisation.

Article 39

I. - Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 160-17, après les mots : « à l'article L 160-1 est », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 160-18, » ;

2° Après l'article L. 160-17, il est inséré un article L. 160-18 ainsi rédigé :

« En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet.

« Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans les cas suivants et dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné au premier, deuxième ou troisième alinéa de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire :

« 1° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité salariée en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée lorsque la durée de ce dernier est supérieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, lorsqu'au moment de la déclaration de cet accident ou de cette maladie la victime n'était pas rattachée pour la prise en charge de ses frais de santé à l'organisme compétent pour servir les prestations liées à cet accident ou cette maladie ;

« 3° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou des dispositions mentionnées à l'article L. 382-15 ou entreprend des études le conduisant à relever des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;

« 4° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité non salariée agricole à titre exclusif ou principal, ou lorsque le bénéficiaire commence exercer une activité de travailleur indépendant non agricole sans exercer une autre activité ;

« 5° Lorsque un des organismes chargé de la prise en charge des frais de santé d'une personne relevant du 3° du présent article constate, au vu des éléments dont il dispose et après en avoir informé l'organisme appelé à lui succéder, que cette personne ne remplit plus les conditions pour pouvoir lui être rattachée.

« Les personnes rattachées pour la prise en charge de leurs frais de santé à un organisme qui couvre, à titre complémentaire, tout ou partie de la participation fixée en application des dispositions des articles L. 160-13 à L. 160-15 ne peuvent être tenues de rembourser les frais pris en charge par cet organisme, au titre d'une période au cours de laquelle elles ne pouvaient plus lui être rattachées, à raison de l'absence de démarche de leur part en vue de changer d'organisme de rattachement dans les cas autres que ceux mentionnés aux 1° à 5° , qu'à hauteur de la part de la participation fixée en application des dispositions des articles L. 160-13 à L. 160-15 couverte par l'organisme auquel elles ont continué d'être rattachées. » ;

3° L'article L. 161-15-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 161-15-2.* - En cas de changement d'organisme d'affiliation, l'organisme qui assure le service des prestations en espèces ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer ce service jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet. » ;

4° Le chapitre II du titre VII est ainsi modifié :

a) Dans la section 3, intitulée : « Coordination entre divers régimes », la sous-section 1 est intitulée : « Assurance maladie - maternité » et comprend l'article L. 172-1 A qui devient l'article L. 172-2 ;

b) Dans la sous-section 2 de la section 3, l'article L. 172-1 devient l'article L. 172-3 ;

c) Dans la section 2, intitulée : « Coordination du régime agricole et des autres régimes », il est rétabli un article L. 172-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 172-1.* - Lorsqu'un assuré en contrat à durée déterminée, d'une durée inférieure ou égale au seuil mentionné au 1° de l'article L. 160-18 peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime de protection sociale des salariés agricoles mais est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé à un organisme du régime général de sécurité sociale ou lorsqu'il peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime général de sécurité sociale mais est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé à un organisme du régime de protection sociale des salariés agricoles, l'organisme auquel il est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé assure le versement des indemnités journalières dues au titre de l'activité pour laquelle il est affilié ou, le cas échéant, le versement global des indemnités journalières dues par les deux régimes.

« La compensation financière de ces opérations s'effectue entre les régimes concernés selon les modalités prévues pour l'application des dispositions mentionnées à l'article L. 134-4. » ;

II. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017, à l'exception des dispositions du 4° qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

La mise en place de la protection universelle maladie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 constitue une réforme d'ampleur de notre système de protection sociale, visant à garantir la continuité des droits par-delà les changements de situation professionnelle ou familiale en établissant un droit à la prise en charge des frais de santé assis sur la résidence régulière sur le territoire.

Cette mesure prolonge cette réforme afin de préciser les conséquences des changements de situation professionnelle :

- d'une part, elle réaffirme l'impératif d'absence d'interruption de la prise en charge, simplifie les démarches des assurés en confiant aux organismes la responsabilité d'effectuer les mutations dans le cas des situations nouvelles les plus stables ;

- d'autre part, elle vise à limiter les changements d'organisme lorsqu'une telle mutation n'est pas indispensable (notamment lorsque les règles de prise en charge sont identiques) et lorsque l'assuré n'en émet par le souhait.

Tel est le cas en particulier pour les salariés qui enchaînent des contrats de travail de courte durée relevant du régime général et du régime des salariés agricoles, notamment les travailleurs saisonniers alternant selon les saisons participation aux travaux agricoles et d'autres activités relevant du régime général. Le rapport des députées Annie Genevard et Bernadette Laclais, *Un acte II de la loi Montagne pour un pacte renouvelé de la Nation avec les territoires de montagne*, souligne la nécessité de garantir une couverture sociale simplifiée et continue pour ces travailleurs pluriactifs.

Afin d'éviter des « allers-retours » répétés, la mesure prévoit ainsi que les salariés justifiant de contrats courts puissent rester rattachés à leur caisse d'origine, au sein du régime général ou du régime des salariés agricoles. Cette caisse assurerait alors le versement de l'intégralité des indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité.

Les assurés conserveront toujours la possibilité d'opter pour le régime correspondant à leur activité professionnelle du moment s'ils le souhaitent.

Ces dispositions traitent de manière symétrique le régime général et le régime agricole ; au vu des parcours salariaux entre les deux secteurs, elle n'est pas de nature à modifier la répartition des effectifs d'assurés entre les deux régimes.

En raison des échanges particuliers rendus nécessaires entre les caisses, les employeurs et les salariés en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les salariés seront transférés dans les organismes du régime chargé de la couverture des soins et de l'indemnisation liée à l'accident de travail ou la maladie professionnelle lorsque ces événements, plus rares, surviennent.

Article 40

I. - Des expérimentations peuvent être menées à partir du 1^{er} janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de jeunes de onze à vingt et un ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre, a évalué une souffrance psychique.

Dans le cadre de ces expérimentations, les médecins, peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychothérapeutes, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille.

Ces consultations sont réalisées par les professionnels inscrits au registre national des psychothérapeutes mentionné à l'article 52 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour les expérimentations.

II. - Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de ces expérimentations, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

III. - Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Exposé des motifs

Le présent article vise à prévenir l'aggravation du mal-être et la survenue de troubles mentaux en améliorant la prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes.

Dans le prolongement de la mission "*Jeunesse : une période fragile* », confiée en 2015 par le Président de la République à Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison sur le bien-être et la santé des jeunes, il crée des expérimentations visant à améliorer le repérage de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans et à organiser leur prise en charge dans le cadre des soins de ville, en articulation avec les maisons des adolescents. Cette expérimentation est destinée à améliorer l'accès aux soins de santé mentale, en organisant le parcours du jeune patient et la coordination entre les médecins traitants (médecins généralistes ou pédiatres), les psychologues, les professionnels de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur et les maisons des adolescents.

L'expérimentation donnera lieu notamment au financement de consultations réalisées par des psychologues cliniciens libéraux.

Article 41

Après le premier alinéa de l'article L. 3411-9 du code de santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4211-1, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Un décret précise les modalités d'application du présent alinéa. »

Exposé des motifs

La mesure vise à permettre la délivrance et la prise en charge financière par les CAARUD (centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) des produits de santé correspondant à leurs missions de réduction des risques et des dommages.

L'article 41 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a précisé les objectifs et les moyens d'intervention de la réduction des risques et des dommages (RDRD) pour les usagers de substances psycho-actives. Elle dispose en particulier que cette politique vise à « prévenir la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psycho-actives ou classées comme stupéfiants » et comprend les actions visant à « distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ».

La RDRD est au cœur des missions des CAARUD, établissements médico-sociaux qui accueillent des usagers de drogues dont une grande partie est en situation de précarité ou d'isolement et ne fréquente pas le système de soins classique. Les usagers suivis en CAARUD et CSAPA pour usage de substances illicites présentent un sur-risque important de mortalité par rapport à la population générale (à âge égal, mortalité multipliée par 21 chez les femmes et par 5 chez les hommes). La file active annuelle des CAARUD estimée par l'OFDT est passée de 60 000 personnes en 2010 à 75 000 personnes en 2014, soit une augmentation de 25 %.

Les CAARUD ne sont actuellement pas autorisés à délivrer des médicaments, alors que leur mission de réduction des risques et dommages le justifie dans certains cas, notamment pour le traitement des intoxications par surdose d'opiacés avec dépression respiratoire, qui est une urgence vitale pour laquelle existe un traitement médicamenteux spécifique. La disponibilité de ce dernier en milieu hospitalier sur prescription médicale limite l'accès au plus près des usagers à risques. Après une nette baisse du nombre de ces décès à la suite de la mise en place d'un accès large aux traitements de substitution aux opiacés en 1995, une ré-augmentation est observée depuis 2004 (de 231 décès en 2003 à 392 en 2010, 264 en 2012, ces chiffres étant probablement sous-estimés de 30 % au moins, selon l'OFDT, en l'absence d'un recueil exhaustif.

Les usagers suivis en CAARUD constituent une population particulièrement à risque de mortalité par surdose d'opiacés. Les consommateurs d'opiacés représentent 70 % des personnes accueillies en CAARUD (soit une file active de 52 500 personnes), et 42 % de ces usagers ont injecté un ou des opiacés dans le mois (soit près de 22 000 personnes). 7 % des usagers des CAARUD rapportaient en 2012 avoir été victimes d'une surdose dans l'année en lien avec la consommation de produits psychotropes.

La présente mesure permet d'ouvrir l'accès aux traitements de l'urgence respiratoire par surdose d'opiacés à de nouveaux publics aujourd'hui non couverts parmi les usagers identifiés à risque ainsi que des personnes de leur entourage susceptibles d'être témoins d'un épisode de surdose. Il existe d'autres perspectives de voir arriver de nouvelles spécialités également prêtes à l'emploi.

Article 42

I. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1114-5 est abrogé ;

2° L'article L. 1114-6 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette union est réputée disposer de l'agrément délivré au niveau national en application du I de l'article L. 1114-1. » ;

b) Le 5° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 5° Dispenser des formations aux représentants des usagers du système de santé, notamment la formation de base mentionnée au II de l'article L. 1114-1. »

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le *a* du 7° de l'article L. 131-8 est complété par les mots : « , dont une part égale à 0,11 % est affectée au fonds prévu à l'article L. 221-1-3 » ;

2° Le 11° de l'article L. 221-1 est abrogé ;

3° Après l'article L. 221-1-2, il est inséré un article L. 221-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-3. - I. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national pour la démocratie sanitaire.*

« II. - Les ressources de ce fonds sont constituées d'une fraction de 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article L. 131-8.

« III. - Ce fonds finance :

« 1° Le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;

« 2° La formation de base dispensée aux représentants des usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et habilitées par le ministre chargé de la santé à délivrer cette formation en application du II de l'article L. 1114-1 du même code ainsi que les indemnités des représentants d'usagers ayant participé à ces formations.

« Le fonds peut également participer au financement d'actions des associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code et d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets.

« IV. - Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements assurés par le fonds et les montants des sommes qui leur sont versées en application du présent article.

« V. - Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

III. - Par dérogation aux dispositions des articles L. 131-8 et L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, le montant de la fraction mentionnée au II de cet article est fixé à 0,07 % pour l'année 2017.

Exposé des motifs

Le renforcement de la démocratie sanitaire constitue une orientation forte de la stratégie nationale de santé. La reconnaissance du rôle des associations de patients dans le système de santé s'est traduite par la création, à l'article 1^{er} de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), afin de fédérer la représentation des usagers du système de santé autour de missions définies par la loi. Cette réforme suit les recommandations du rapport de Claire Compagnon de 2014, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire ».

L'UNAASS aura vocation à défendre les droits des usagers du système de santé. Elle devra animer un réseau qui peut représenter près de 140 associations agréées au niveau national et de plus 300 associations agréées au niveau régional.

Près de 7 000 représentants d'usagers doivent siéger au sein des instances hospitalières et de santé publique.

La mise en place d'un financement public des associations de patients, permettant d'asseoir leur indépendance, constitue la contrepartie de cette place renforcée dans le système de santé.

L'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a d'ores et déjà prévu un financement par l'assurance maladie des actions des associations d'usagers, groupements d'associations d'usagers, et de l'Ecole pour les hautes études en santé publique qui interviennent au niveau national et qui ont une vocation transversale.

Suivant les recommandations du rapport d'Edouard Couty de juillet 2016, afin de conforter, pérenniser et simplifier le financement national de la démocratie sanitaire, cet article vise à créer un fonds national pour la démocratie sanitaire, qui a vocation à financer trois types de missions :

- le financement de l'UNAASS. Le financement par le fonds se substitue aux financements actuels du collectif interassociatif sur la santé (CISS) par l'assurance-maladie en application de l'article 50 de la LFSS pour 2015 et d'une partie du financement des CISS régionaux par les fonds d'intervention régionale. Il serait toutefois nettement supérieur à ces montants actuels (l'UNAASS impliquant une structuration régionale et des missions nouvelles qui n'existent pas aujourd'hui) ;

- le nouveau dispositif de formation de base des représentants d'usagers du système de santé, prévu par l'article 176 de la loi de modernisation de notre système de santé a créé un droit à la formation pour les représentants d'usagers du système de santé (qui doivent être formés dans les six mois de leur désignation) visant à faciliter l'exercice de leur mandat dans les instances hospitalières et de santé publique. Le fonds d'intervention régionale devra financer la formation pour le niveau régional ;

- les actions des associations agréées au niveau national (appels à projet) et les organismes publics de recherche, formation et innovation en démocratie sanitaire.

Des appels à projets nationaux sont menés afin de développer les initiatives des associations agréées d'usagers du système de santé au bénéfice des patients et du système de santé.

CHAPITRE II
PROMOUVOIR LES PARCOURS DE SANTE

Article 43

I. - L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. »

II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 1435-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La conclusion de ce contrat est exclusive de la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le I de l'article L. 1435-4-3 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « pour cause », sont insérés les mots : « de maladie ou » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

L'amélioration de la protection maternité des femmes médecins constitue une revendication constante de la profession et a fait l'objet de plusieurs mesures ces dernières années, visant d'une part à rapprocher les droits des femmes médecins de ceux des femmes salariées du régime général, et d'autre part à développer des dispositifs contractuels ciblés tels les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et les praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA), qui offrent un avantage financier en cas de congé maternité, accordé suivant un critère d'installation en zone sous-dense.

En application de l'engagement pris par la ministre des affaires sociales et de la santé lors de la Grande conférence de santé, il s'agit de renforcer l'attractivité de l'exercice libéral » en assurant une protection maternité « aux femmes médecins, qui représentera plus de 3 000 euros par mois pendant trois mois ». La mise en place, sans condition d'implantation géographique, de cette rémunération durant le congé maternité/paternité des médecins qui exercent à titre libéral et qui respectent les tarifs opposables, ou du moins modèrent leurs pratiques tarifaires, s'inscrit dans une logique d'attractivité de l'exercice libéral à tarifs opposables, notamment dans un contexte de féminisation de la profession : 56 % des médecins de moins de 35 ans sont des femmes, qui représenteront la majorité des médecins à partir de 2020.

Cette rémunération complémentaire constitue un levier d'attractivité à la fois vers l'exercice libéral et l'activité à tarifs opposables, car elle entre en compte dans les facteurs de choix du mode d'exercice par les internes et les jeunes médecins récemment installés, concernés par l'éventualité d'une maternité ou d'une paternité. Cette dynamique aura pour conséquence d'améliorer l'accès économique aux soins pour la population sur l'ensemble du territoire *via* la limitation des restes à charge.

Cette mesure ayant un objectif ciblé de renforcement de l'attractivité de l'activité libérale des médecins dans le respect des tarifs conventionnels, la négociation de son contenu est confiée aux partenaires signataires de la convention médicale.

Article 44

I. - Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « huit ».

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés à raison de l'activité réalisée. » ;

2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-6-1.* - La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-6.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés et après les mots : « densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés », sont insérés les mots : « sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire » ;

5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8-3.* - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge, peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et d'une dotation complémentaire. » ;

6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :

a) Le II devient le III ;

b) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :

« II. - Le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I. » ;

c) Après le premier alinéa du III, il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV. - Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10 et le montant de cette dotation minoré dans les conditions définies au II. » ;

7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »

b) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation mentionnés au 2° » ;

8° A l'article L. 162-22-12, après les mots : « mentionnés à l'article L. 162-22-8 » sont insérés les mots : « et de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1 » ;

9° A l'article L. 162-22-15, les mots : « Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 » ;

10° L'article L. 162-27 est abrogé ;

11° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 162-22-6, » est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;

b) Après la référence : « L. 162-22-8 » est insérée la référence : « L. 162-22-8-3 ».

III. - A. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestre, aérien ou maritime spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »

B. - Le troisième alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots : « ou qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements ».

Exposé des motifs

La mesure vise à rénover le modèle de financement des établissements de santé en introduisant un certain nombre d'évolutions lui permettant de s'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins.

Elle s'appuie ainsi notamment sur les constats et les recommandations formulées par le Dr. Olivier Véran dans le cadre de sa mission sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé.

La mesure a ainsi pour objet de lever différents obstacles au développement des prises en charge ambulatoires, notamment en répondant à la problématique des prises en charge « intermédiaires » entre l'activité externe des établissements de santé et l'hospitalisation de jour et à travers l'adaptation des modalités de contrôle de la tarification à l'activité (T2A) aux spécificités de l'activité d'hospitalisation à domicile, dans un sens plus favorable au développement de celle-ci.

En lien avec les propositions du rapport Véran sur le financement des unités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), il est également proposé d'introduire une part forfaitaire dans le modèle de financement de ces dernières, afin de tenir davantage compte des spécificités de leur activité (aléas d'activité, importance des coûts fixes...).

Enfin, la mesure introduit différents dispositifs complémentaires ouvrant la voie à de futures évolutions des modes de financement actuels (prolongation de la durée des expérimentations relatives aux transports sanitaires urgents) ou adaptant le cadre juridique actuel aux réalités des pratiques (autorisation des SMUR au transport médicalisé d'enfants décédés en cas de « mort inattendue du nourrisson ») ou des caractéristiques locales (prise en compte de la spécificité des établissements en situation d'insularité dans le cadre du financement des « activités isolées »).

Article 45

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;

2° L'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, avant les mots : « Chaque année », il est inséré un : « I » ;

b) Au 2°, après les mots : « catégories d'établissements », sont insérés les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;

c) Après le dernier alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« II. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;

3° Après l'article L. 162-23-14, il est inséré un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-15. - Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

4° A l'article L. 174-1-1, après le 7°, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »

II. - L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;

2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leur activité de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

3° Au III, il est ajouté une phrase ainsi rédigé : « La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leur activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. » ;

III. - L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Au A du III, après les mots : « code de la sécurité sociale », sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;

2° Au premier alinéa du B du III, après les mots : « code de la sécurité sociale » sont ajoutés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » et au deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

3° Après le C du III, il est ajouté les dispositions suivantes :

« D. - A compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 du même code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

« Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

« Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

« E. - Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :

« 1° Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3°ci-après ;

« 2° Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

« a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

« En application du précédent alinéa, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au précédent alinéa ;

« b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale .Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

« a) Le financement complémentaire, mentionné au *a* du 2° de l'article L. 162-23-2, prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} mars 2018 ;

« b) Le financement complémentaire, mentionné au *b* du même article, prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

« 4° La prise en charge des actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définie à l'article L. 162-26, est applicable au 1^{er} janvier 2017 à hauteur d'une fraction dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 5° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 est constitué :

« a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 1° et au 4° du E pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

« b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, dans les conditions prévues au 2° et au 4° du E pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

« 6° Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :

« a) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dans les conditions prévues au 2° et au 4° du présent E ;

« b) Pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 telles que prévues par l'article L. 162-23.

« F. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2.

« Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22.

« Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

« L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E et arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

« Les modalités d'application du F sont définies par décret en Conseil d'État.

« G. - Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du même code sont fixées par voie réglementaire.

« L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

« Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie Française, ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

5° Après le V, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« VI. - Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la présente loi. »

Exposé des motifs

A la suite de l'adoption de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 consacré au nouveau modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), des travaux complémentaires ont été menés afin d'accompagner la mise en œuvre de la réforme. Ces travaux, corroborés par les recommandations formulées par le Dr. Olivier Véran dans le cadre de sa mission sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé, ont mis en lumière deux points:

- d'une part, il est apparu essentiel de prendre en considération dans le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation le rôle et la spécificité des hôpitaux de proximité, dans la droite ligne de la réforme engagée en LFSS pour 2015 sur le champ de la médecine ;

- d'autre part, dans le cadre des concertations et des travaux techniques qui ont été menés pour mettre en œuvre le modèle de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, il est apparu nécessaire d'apporter quelques ajustements concernant la montée en charge de la réforme de manière à garantir sa mise en œuvre dès 2017 dans les meilleures conditions. En particulier, la mesure prévoit la mise en place d'une année de transition (du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018), combinant les modalités antérieures de financement et le dispositif prévu par la réforme et permettant ainsi de garantir une mise en œuvre progressive de la réforme.

Article 46

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce même décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

2° A la première phrase de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 » sont supprimés ;

3° Le B du IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) A la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « montant », est inséré le mot : « prévisionnel » ;

b) A la fin du cinquième alinéa, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

c) Après le cinquième alinéa, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

a) A la fin du premier alinéa, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice des dispositions des articles L. 315-14 et L. 313-14-1, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

a) Les mots : « le reversement » sont remplacées par les mots : « la récupération » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;

6° Au dernier alinéa du VI de l'article L. 314-7, les mots : « de l'article L. 313-11 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés et l'alinéa est complété par les mots : « territorialement compétente » ;

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12, et au premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les mots : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;

9° Au cinquième alinéa de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.

II. - Au VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les mots : « maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ».

Exposé des motifs

Le financement des établissements et services médico-sociaux fait l'objet de réformes structurelles qui visent, via la rénovation du cadre contractuel et une plus grande efficacité des financements, à améliorer le pilotage du secteur et l'adéquation entre les moyens alloués et les besoins des publics pris en charge.

D'une part, la loi portant adaptation de la société au vieillissement (LASV) réforme la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à partir du 1^{er} janvier 2017 : l'allocation de ressources reposera désormais en grande partie sur une équation tarifaire déterminée à partir de l'estimation des besoins en soins des résidents, par le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et par la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

D'autre part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 généralise les CPOM d'ici 2021 pour le secteur des établissements et services accueillant des personnes handicapées, avec une double conséquence à cette échéance : l'achèvement du basculement sous dotation globale des établissements tarifés encore aujourd'hui en prix de journée d'une part, et l'intégration dans un cadre budgétaire rénové, fondé notamment sur la réalisation d'un EPRD annuel comme dans le champ des personnes âgées.

Cependant, certains ajustements apparaissent nécessaires pour achever de tirer toutes les conséquences de ces réformes structurelles, afin de garantir un meilleur pilotage des crédits, la sécurisation de l'objectif global de dépenses et l'articulation des politiques menées sur les deux champs.

Article 47

L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

a) Le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « cinq » ;

b) Les mots : « dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales mentionnées à l'article 73 de la Constitution, ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna. » ;

2° Au deuxième alinéa du I, les mots : « , d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales » sont remplacés par les mots : « en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes visés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et en structures médico-sociales » ;

3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, requérant, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémédecine bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale sur la base de critères d'efficacité organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. » ;

5° Au sixième alinéa du II, les mots : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

6° Après le II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II *bis*. - Les dispositifs médicaux ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits et prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. » ;

7° Le IV est ainsi modifié :

a) Après le mot : « réalisée » sont ajoutés les mots : « ou validée » ;

b) La date : « 2016 » est remplacée par la date : « 2017 ».

Exposé des motifs

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a défini un cadre expérimental pour développer les activités de télémédecine, qui s'est déployé sur neuf régions pilotes. La télémédecine recouvre en particulier la télé-consultation (consultation d'un médecin à distance), la télé-expertise (sollicitation à distance entre médecins) et la télé-surveillance (surveillance médicale et interprétation à distance sur la base de données générées par un patient).

Cette expérimentation vise à tester le caractère soutenable des modèles tarifaires envisagés ainsi qu'à identifier les difficultés auxquelles se heurterait un éventuel déploiement à grande échelle de ces activités.

Un premier cahier des charges concernant les plaies chroniques et complexes a été publié en avril 2015. Critiqué par les professionnels de santé en raison de son périmètre restreint et de la charge administrative associée à l'entrée dans l'expérimentation, ce cahier des charges n'a pas permis le démarrage effectif des expérimentations sur le terrain : moins de 100 actes ont fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Afin de lever ces difficultés, il a été remplacé en avril 2016 par un nouveau cahier des charges, au périmètre nettement plus large, qui allège la charge d'administrative des professionnels de santé participant à l'expérimentation.

Les expérimentations ont donc pris un important retard par rapport au calendrier initialement envisagé. Cependant, les principales difficultés techniques sont maintenant résolues.

Il apparaît donc nécessaire de prolonger l'expérimentation, afin que les professionnels de santé s'organisent et commencent effectivement à réaliser des actes de télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

Le présent article vise donc, à mi-parcours des expérimentations, à tirer les conséquences de ces trois années afin de permettre à l'expérimentation de réaliser son ambition initiale et de produire des résultats exploitables.

A cet effet, il prévoit une prorogation d'un an et un élargissement du périmètre géographique à l'ensemble du territoire où s'applique le droit de la sécurité sociale, de manière à pouvoir disposer de données suffisamment riches pour réaliser l'évaluation, dans l'objectif de disposer d'un nombre suffisant de données et du temps nécessaire à leur exploitation en vue d'une généralisation.

En outre, il supprime le mécanisme de conventionnement, afin d'alléger les procédures administratives préalables à l'entrée dans l'expérimentation. Il ouvre la possibilité pour les établissements de santé de participer à l'expérimentation (pour les patients non hospitalisés) afin d'élargir le nombre de professionnels et de patients éligibles. Il prévoit la possibilité de financer les surcoûts supportés par les structures requérantes, pour lesquelles les premiers travaux ont montré qu'en phase expérimentale, ces surcoûts représentaient un frein réel.

Enfin, il restreint la possibilité pour des dispositifs médicaux qui seraient éligibles à l'expérimentation de présenter une demande de remboursement de droit commun au titre de la liste des produits et prestations (LPP). En effet, ce circuit de prise en charge conduirait à limiter la portée de l'expérimentation et les conclusions pouvant en être tirées. La mesure ne remet toutefois pas en cause la prise en charge des dispositifs communicants déjà remboursés au titre de la LPP comme les défibrillateurs cardiaques implantables et ne fait pas obstacle à l'inscription au remboursement de nouveaux défibrillateurs cardiaques implantables au titre de la LPP.

Article 48

Au premier alinéa du I de l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le chiffre : « cinq » est remplacé par le chiffre : « six ».

Exposé des motifs

A la suite des rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2010 et 2011) sur les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 a autorisé des expérimentations visant à optimiser le parcours de soins de ces personnes en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

L'article 48 de la LFSS pour 2013 a complété ce dispositif de parcours de soins, en amont et en aval de l'hospitalisation, par un dispositif plus large étendu à l'ensemble du parcours de santé. Ces parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ont dans un premier temps été déployés sur 9 territoires puis étendus en juin 2016 à 16 territoires (*a minima* un projet pilote par territoire). L'échéance pour ces 16 projets pilotes a été fixée au 31 décembre 2017.

La mise en œuvre des expérimentations de l'article 70 de la LFSS pour 2012 ayant nécessité un temps plus important que celui initialement prévu, et les deux expérimentations successives relatives aux parcours de santé des personnes âgées entretenant des liens entre elles, il est proposé de proroger la durée des expérimentations de l'article 70 d'un an (jusqu'au 31 décembre 2017) afin :

- de disposer d'une durée d'expérimentation suffisante pour mettre en œuvre les projets ;
- de prendre en compte les adaptations réalisées au cours de l'expérimentation ;
- de mettre en cohérence la durée des deux expérimentations en vue de leur évaluation.

CHAPITRE III
GARANTIR LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

Article 49

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »

b) Il est rétabli un 8° ainsi rédigé :

« 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1 à L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° *bis* ; »

2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1. - I. - Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.*

« II. - Ce fonds enregistre en recettes :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année, en fonction de cet objectif, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées au 2° à 5°, constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;

« 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnée aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 ;

« 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux "Lh" mentionnée à l'article L. 138-10 ;

« 5° Les contributions et remises dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-4.

« Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :

« a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et

« b) A l'article L. 162-22-7 ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2° correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnée au b, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux a et b.

« III. - Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :

« 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

« 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.

« IV. - Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.

« Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

« Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux alinéas précédents.

« V. - Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées, et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.

« Dans son avis mentionné au sixième alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;

3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « et L. 162-22-7-3 » ;

4° A l'article L. 174-2-1 dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2017, les mots : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;

5° A l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, » sont insérés les mots : « L. 162-22-7-3, » ;

6° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-3.* - Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2, administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

a) Au neuvième alinéa, la référence : « IV » est supprimée et le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

b) Le dixième alinéa est précédé par un : « IV » et le mot : « par » est remplacé par les mots : « des impositions et remboursements suivants attribués, en ce qui concerne le 8°, dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8, à la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : ».

II. - Au premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

III. - En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéfice du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique défini à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.

Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1° du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

Exposé des motifs

L'accès des patients aux innovations thérapeutiques en France, unique au monde dans sa rapidité et l'absence de freins financiers, constitue un élément de l'excellence du système de santé français.

Or le rythme d'arrivée sur le marché des innovations, irrégulier et imparfaitement prévisible est difficilement conciliable avec l'inscription des dépenses qui en résultent dans un cadre d'annualité budgétaire faisant l'objet d'une trajectoire pluriannuelle. En effet, les pics de dépenses d'innovation peuvent conduire à des mesures de régulation infra-annuelle sur les autres secteurs de soins, tandis que les années « creuses » peuvent faciliter le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

C'est pourquoi il est proposé de créer un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique qui permettra de lisser dans le temps les fluctuations des dépenses liées à ces innovations.

Ce fonds modifie l'articulation entre le pilotage de l'ONDAM et les dépenses d'innovations, à savoir les dépenses liées à la liste en sus, les dispositifs d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU, les médicaments rétrocédés par les pharmacies à usage interne des établissements hospitaliers et les ATU associées. L'ONDAM supportera ces dépenses et leur dynamique tendancielle de moyen-long terme, car il versera au FFIP une dotation annuelle, calibrée sur le périmètre de ces dépenses nettes des remises afférentes, et dont la progression correspondra au rythme d'évolution constaté de ces dépenses nettes sur les cinq exercices précédents. En revanche, les variations annuelles de la croissance des dépenses allant au-delà ou en-deçà de cette tendance de long terme seront amorties par le solde du fonds, qui sera appelé à contribuer sur ses réserves (si les dépenses de l'exercice sont supérieures à la tendance) ou qui en accumulera (si les dépenses sont inférieures à la tendance). L'impact des variations annuelles de la dynamique des dépenses d'innovation sur l'ONDAM sera donc amorti.

Ce fonds ne modifie pas toutefois la prise en compte des dépenses d'innovation dans les comptes de l'assurance maladie.

En effet, les comptes du fonds étant intégrés dans ceux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, ces dépenses demeureront bien intégralement retracées dans les comptes combinés de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que dans la présentation consolidée des comptes de la protection universelle maladie. A ce titre, le fonds n'améliore donc pas non plus le solde de l'assurance maladie.

Outre la dotation annuelle de l'assurance maladie, les ressources de ce fonds comprennent l'ensemble des remises perçues au titre des produits pris en charge au titre de la liste en sus, des ATU et post ATU, de la rétrocession et des ATU associées, ainsi que celles relatives aux dispositifs de régulation macroéconomique qui leur sont liés (remises liées au dispositif « W » relatif à l'hépatite C ou au dispositif « Lh » introduit par le présent PLFSS).

Enfin, afin de lui permettre de jouer son rôle dès sa création, il bénéficiera d'une dotation, identifiée au sein des fonds propres de la CNAMTS, de 876 M€ pour assurer sa trésorerie initiale correspondant au transfert à la caisse des excédents cumulés de la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse.

La pérennité du fonds est assurée à travers des règles prudentielles, telles que :

- la limitation du déficit du fonds à 25 % de ses réserves ; symétriquement, le fonds ne peut pas reconstituer ses réserves en une année à hauteur de plus de 25 % du montant cumulé des réserves dépensées sur les exercices antérieurs ;

- l'interdiction d'un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

En outre, la CNAM sera chargée d'établir chaque année une trajectoire d'équilibre financier pluriannuel du fonds et le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie tiendra compte de la situation financière du fonds dans l'avis qu'il rend chaque année avant le 15 octobre sur le projet de construction de l'ONDAM présenté dans le PLFSS pour l'année suivante.

Article 50

Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5125-23-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 5125-23-2.* - Dans les cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement".

« Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. » ;

2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

Exposé des motifs

Actuellement, la loi contraint le prescripteur et le pharmacien à avoir recours, en cours de traitement, au même médicament biologique que celui initialement délivré, ce qui limite significativement le développement des médicaments biologiques similaires (« bio-similaires »), c'est-à-dire pour lesquels la sécurité et l'efficacité attendue sont les mêmes que celles du traitement initialement proposé.

Dans un rapport de mai 2016, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a pris acte de l'évolution rapide des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et sécurité des médicaments biologiques similaires. L'agence ne s'oppose désormais plus à l'interchangeabilité en cours de traitement entre deux médicaments biologiques, et notamment entre un médicament biologique et l'un de ses biosimilaires, tant que des conditions minimales d'information et de consentement du patient, de surveillance médicale et de traçabilité, sont réunies.

Suivant l'évolution de la position de l'ANSM, la présente mesure vise à rendre possible, en cours de traitement, le changement d'un médicament biologique par un médicament biologique qui lui est similaire. Ce changement en cours de traitement est placé sous la responsabilité du prescripteur.

La mesure générera des économies pour l'assurance maladie, en permettant de tirer parti de l'arrivée dans le domaine public de nombreux brevets de médicament de référence issus des biotechnologies et en donnant la possibilité aux établissements de mieux adapter leurs appels d'offre à leurs choix de prescription et ainsi de faire pleinement jouer la concurrence entre les produits disponibles.

Enfin, en permettant de développer le marché des médicaments biosimilaires, cette mesure réduira les risques de rupture de stock et les éventuelles tensions qui peuvent exister sur le marché des médicaments biologiques, compte tenu des difficultés inhérentes à leur production.

Article 51

I. - Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 162-16-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-16-5-1. - I. - Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.*

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le Comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues, au titre de l'année civile écoulée.

« II. - Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net :

« 1° Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« *a)* Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement et jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 ;

« *b)* Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net.

« 2° Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux *a* et *b* du 1°.

« III. - Pour l'application du II, lorsque pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Les dispositions du II sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ou un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché ;

« 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, les dispositions du premier alinéa s'appliquent pour la fixation du prix de référence, ou sa modification éventuelle.

« IV. - La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus à ce même article. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. »

2° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - A. - Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée, pour l'indication considérée, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. - Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° Aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'Etat à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;

« 3° Les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'Etat ;

« 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les conditions de délai prévues ci-dessus, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités précisées à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est complété deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. - Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« V - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

4° Après l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-3.* - La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, pour au moins l'une de ses indications, doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations, ainsi que celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4. » ;

6° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, et relevant de cet article, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L 162-16-5, ou L. 162-16-6.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application des dispositions de l'alinéa précédent.

« A défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. - Au deuxième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après les mots : « dans un délai déterminé », sont insérés les mots : « , d'un an au maximum ».

III. - Tant que le décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionnée à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas entré en vigueur, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application au L. 162-16-5-1 du même code, est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

Exposé des motifs

Le dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) permet à un médicament potentiellement innovant d'être mis très rapidement à disposition des patients, avant même l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Il constitue un outil important de promotion et d'accès à l'innovation thérapeutique en France. En 2014, grâce à ce dispositif, la France a ainsi été le pays du monde où le plus grand nombre de patients ont pu bénéficier des nouveaux traitements contre le VHC.

Les ATU et leur principe, fondé sur une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la libre fixation d'une indemnité par l'industriel, doivent en conséquence être préservés et complétés. La mesure proposée comprend ainsi deux volets : une extension des ATU pour assurer la continuité des soins et l'accès à l'innovation, d'une part, et un dispositif de maîtrise financière visant garantir la soutenabilité du dispositif, d'autre part.

Il est ainsi nécessaire que le dispositif soit prolongé pour certaines indications n'ayant pas encore été évaluées par la Haute Autorité de santé, lorsque le produit a déjà fait l'objet d'une première tarification. Cette extension permettra de gérer plus efficacement les indications multiples d'un médicament et de garantir la continuité de traitement pour tous les patients.

Toutefois, la très forte augmentation du coût des traitements pris en charge dans le cadre de ces dispositifs, en lien avec le coût exigé par certains laboratoires pour la commercialisation de certains traitements, crée une pression très forte sur le système de prise en charge par l'assurance maladie. De 100 M€ par an jusqu'en 2013, le coût global de ces traitements dépasse 600M€ depuis 2014. En outre, le dispositif ne favorise pas les conditions d'une négociation de prix équilibrée avec le CEPS et n'incite pas à une conclusion rapide de cette négociation. En pratique, la dynamique financière et la difficulté de clôture des négociations sont concentrées sur un petit nombre de produits pour lesquels les prix libres sont fixés à des niveaux très importants. Ces dérives, fragilisent considérablement un dispositif que tous - patients, assurance maladie, laboratoires - ont intérêt à pérenniser.

L'objectif de la mesure est donc de préserver le dispositif dit de l'« ATU » et du « post-ATU », qui permet l'accès précoce aux traitements les plus innovants, en le rendant soutenable financièrement pour l'assurance maladie. Pour les médicaments pris en charge au titre d'une ATU ou en post-ATU, la mesure conserve donc le principe de liberté de prix, et pose en contrepartie celui du reversement rétroactif de l'éventuel différentiel avec le prix, net des remises, négocié conventionnellement entre le Comité des produits de santé (CEPS) et le laboratoire pharmaceutique. Le dispositif introduit ainsi pour les ATU la distinction, courante pour les médicaments tarifés, entre prix facial (déterminé par l'industriel dans le cas des ATU) et prix net (négocié). Ce sera bien la négociation conventionnelle qui règlera, pour toute la période de prise en charge du produit par l'assurance maladie, les conditions financières applicables.

Le dispositif est complété par différentes mesures d'incitation à la conclusion de la négociation en encadrant les délais de dépôt des différents dossiers relatifs à la procédure de fixation des prix négociés. L'article précise également les situations pouvant conduire à la sortie du dispositif d'ATU. Enfin, s'agissant de médicaments pour lesquels les autorités sanitaires ne disposent pas encore de tous les résultats d'évaluation clinique, l'article renforce les mesures permettant de suivre précisément leur utilisation.

Article 52

I. - L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. - » ;

b) Dans la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé et après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

c) La dernière phrase est supprimée ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. - Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments comparables sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou de la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité ;

« 2° Le prix ou le tarif des médicaments comparables, et les remises applicables à la spécialité concernée et aux médicaments comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 162-18 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments comparables par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Le prix ou le tarif et les remises applicables aux médicaments utilisés concomitamment ou séquentiellement avec la spécialité concernée ;

« 5° L'existence de prix ou de tarifs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, inférieurs dans d'autres pays européens ;

« 6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments comparables, ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur.

« Les médicaments comparables sont des médicaments soit appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique, soit ayant la même visée thérapeutique, soit présentant un mécanisme d'action similaire, ou soit traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité. » ;

3° Avant les mots : « Un décret en Conseil d'État », il est inséré le chiffre : « III. - » ;

4° Après le III, il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. - L'accord-cadre mentionné à l'article L. 162-17-4 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. » ;

5° Avant les mots : « Sont constatées et poursuivies », il est inséré le chiffre : « V. - ».

II. - L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas du I sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« I. - Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du Comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision.

« Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;

2° Au troisième alinéa du I, les mots : « le prix de vente déclaré ou » sont supprimés ;

3° Le quatrième alinéa du I est supprimé ;

4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».

III. - L'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimé ;

2° Après le premier alinéa du I, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues par le II de ce même article. » ;

3° Le troisième alinéa du I est supprimé.

IV. - Au 1° de l'article L. 162-17-4, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés.

V. - L'article L. 162-38 est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations », et les mots : « , ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;

2° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. »

VI. - L'article L. 165-2 est ainsi modifié :

1° Avant le premier alinéa, il est inséré le chiffre : « I. - » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;

3° Au troisième alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu » ; les mots : « et des prix » sont supprimés ; et après les mots : « prévus ou constatés » sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;

4° Après le troisième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. - Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicable au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

« 4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

« 8° Les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.

« Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits ou prestations comparables.

« Les produits ou prestations comparables sont des produits ou prestations, ou une catégorie de produits ou prestations, ayant la même visée thérapeutique, présentant un mécanisme d'action similaire ou traitant des pathologies similaires ou comparables en termes notamment de gravité. » ;

3° Avant le dernier alinéa, il est inséré le chiffre : « III. - » ;

4° Après le dernier alinéa, il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. - L'accord-cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées au I et au II. »

VII. - L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;

2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions visées à l'article L. 165-3-3 » ;

3° Après le second alinéa, il est ajouté un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les prix mentionnés au premier alinéa sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues par le II de ce même article. »

VIII. - Après l'article L. 165-3-2, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-3-3. - I. - Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et le cas échéant les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;

« 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription à la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations à cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le comité économique des produits de santé peut appliquer un taux de pondération, compris entre 0 et 1, à chaque produit ; la somme des taux employés est égale à 1.

« Un fabricant ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« II. - Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et le cas échéant les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

« 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

« 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

« Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription à la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondant, et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

« Un distributeur ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.

« III. - La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant d'au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant d'au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

« Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux alinéas précédents est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.

« IV. - Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.

« Les références temporelles sur lesquelles les contributions sont effectuées sont précisées par le Comité économique des produits de santé.

« V. - Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois suivant l'engagement de cette procédure. Il en est de même, le cas échéant, de la décision du Comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

« VI. - Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

IX. - A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.

X. - L'article L. 165-5-1 devient l'article L. 165-5-2 et il est inséré, après l'article L. 165-5, un nouvel article L. 165-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-5-1. - A une date et dans des conditions fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2019, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations, et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.

« Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la Caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »

XI. - Le prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixé sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi reste valable jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

Exposé des motifs

Le système français de fixation de prix des produits de santé est fondé sur la négociation conventionnelle entre le comité économique des produits de santé et les industriels. Ces négociations sont pour l'essentiel organisées par des accords-cadres (celui du médicament est entré en vigueur en janvier 2016 et celui des dispositifs médicaux est en cours de négociation) et aboutissent à des avenants conventionnels, qui sont traduits en publication de prix par le comité. Le prix des produits de santé est ainsi tout à la fois négocié et administré. A ce titre, l'existence de remises permet souvent d'aboutir à des accords avec les industriels, en dissociant le prix facial du coût pour l'assurance maladie.

Le cycle des innovations et des tombées de brevet rythme le cycle économique des produits de santé et nourrit les discussions conventionnelles relatives aux évolutions des prix. Au-delà même de leur fixation initiale, les prix ont donc vocation à évoluer dans le temps. Dans quelques cas, les divergences entre les industriels et le comité sur le montant ou le calendrier de l'évolution des prix ne permet pas d'aboutir à un accord et il revient au comité, dans le respect des orientations fixées par les ministres compétents de prendre les décisions qui garantiront le respect des objectifs fixés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour asseoir juridiquement ses propositions et plus encore ses décisions, le comité doit s'appuyer sur une base législative adaptée. Or les articles qui établissent cette base, que ce soit pour le médicament (L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale) ou pour les dispositifs médicaux (L. 165-2) sont aujourd'hui incomplets. Ils ne recouvrent en effet pas toutes les possibilités ouvertes par l'accord-cadre et ont donné lieu à des contentieux où le juge a dû constater qu'en raison de leur absence dans les textes législatifs, les prix réellement pratiqués par les fabricants ne pouvaient être retenus pour modifier le tarif de responsabilité. Plus généralement, l'absence de ces critères fait courir un risque juridique à l'ensemble des pratiques qui fondent aujourd'hui la doctrine et la pratique du CEPS.

La présente mesure comble donc ces manques en énumérant de manière exhaustive, non seulement les critères qui guident la négociation des prix lors de l'arrivée des produits sur le marché, mais également ceux qui sont fondés à justifier une baisse du prix ou du tarif de responsabilité. Les critères correspondent tous à une pratique – qu'elle soit ponctuelle ou systématique – du CEPS : ils n'ont pas vocation à modifier sa doctrine, mais à la sécuriser.

Enfin, pour le dispositif médical, le grand nombre d'industriels ne permet pas toujours de négocier avec l'intégralité des acteurs concernés. La mesure prévoit donc la possibilité de négocier un prix valable pour tous dès lors qu'un accord est trouvé avec une part importante d'entre eux. A cette fin, un suivi exhaustif de la liste des produits et prestations est prévu dans les deux ans à compter de l'adoption de la loi.

Article 53

I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.

II. - En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

III. - Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

IV. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.

V. - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

Exposé des motifs

I. - Créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a pour objet la prise en charge des surcoûts financiers supportés par les établissements hospitaliers au titre du temps partiel, de la cessation anticipée d'activité, de certaines formations et aides à la mobilité et du compte épargne temps qu'ils accordent à leurs personnels titulaires et contractuels. Ce fonds, géré par la caisse des dépôts et consignations (CDC), est financé par une contribution de 1 % à la charge des employeurs hospitaliers. Il est structurellement excédentaire et son niveau de réserves s'élève, fin 2015, à près de 166 millions d'euros.

La présente mesure propose d'opérer un transfert complémentaire de 70 millions depuis les réserves du FEH au profit du FMESPP, au titre de l'année 2017.

II. - Créée en 1974, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est une association paritaire devenue organisme paritaire collecteur agréé de la fonction publique hospitalière en 2007. Elle assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par l'ensemble des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics adhérents. Elle est financée par diverses contributions à la charge des employeurs hospitaliers. Elle est structurellement excédentaire et son niveau de fonds propres s'élève, fin 2015, à 364 millions.

Dans un contexte budgétaire extrêmement contraint, et alors que la situation financière de certains établissements en difficulté appelle un accompagnement renforcé, le maintien de réserves d'un tel niveau ne se justifie pas. Une partie de ces réserves est transférée au profit du FMESPP, au titre de l'année 2016. En prenant en compte ce transfert au titre de l'année 2016 (150 millions), le niveau de fonds propres de l'ANFH reste élevé (214 millions).

La présente mesure vise à opérer un transfert complémentaire de 150 millions depuis les réserves de l'ANFH au profit du FMESPP, au titre de l'année 2017. Le transfert de ces crédits permettra de minorer d'autant, de façon temporaire, la participation de l'assurance maladie.

III. - Le FMESPP est financé par une dotation annuelle des régimes d'assurance maladie fixée par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2017, il est proposé que cette dotation s'élève à 44,4 millions d'euros.

IV. - Il est proposé de fixer à 107 millions la dotation pour 2017 de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

En effet, les dépenses pour 2017 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 131,8 millions (dont 110,7 millions au titre des indemnisations). Compte tenu des autres produits de l'office estimés pour 2016 à 28 millions, une dotation de l'assurance maladie de 107 millions est proposée. Ainsi le fonds de roulement disponible fin 2017 s'établirait à 20,4 millions, ce qui assure à l'office une réserve prudentielle minimale.

V. - La présente mesure précise comme chaque année, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au budget des ARS pour des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées. Ces actions sont financées sur la recette de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) affectée à la section 1 du budget de la caisse, conformément à ce que prévoit l'article L. 1432-6 du code de la santé publique. A titre indicatif, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a fixé à 117,2 millions le montant de cette contribution pour l'exercice en cours. La présente mesure vise à fixer ce montant au titre de l'année 2017 à 129,6 millions.

Article 54

Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 207,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé, pour 2017, à 207,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et 205,9 milliards d'euros pour le régime général. Les dépenses de la branche augmenteraient de 3 % entre 2016 et 2017.

Article 55

Pour l'année 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont ainsi fixés :

(en milliards d'euros)

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

Exposé des motifs

La fixation d'un ONDAM en progression de 2,1 % par rapport à 2016, à périmètre constant, demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies soit 0,6 milliard d'euros de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendanciennes l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016 et qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition du parcours professionnel carrière et rémunération des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anti-cancéreux de nouvelle génération. En outre, l'assurance maladie prendra désormais à sa charge, les dépenses des établissements et services d'aide par le travail et les dépenses de prévention du Fonds d'intervention régional, financées jusqu'alors dans le budget de l'Etat. Ces effets, d'un montant total de 1542 millions d'euros, est neutralisé dans la progression des dépenses, car elle constitue une mesure de périmètre, l'assurance maladie bénéficiant d'un financement à due concurrence.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrises des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, le Fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM 2017 qui demeure très maîtrisé.

TITRE V
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES**

Article 56

Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont ainsi fixées :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient diminuer de 3,6 % en 2017. Ceci s'explique principalement par la réduction progressive de la prise en charge par le FSV du minimum contributif, à hauteur de 1 milliard d'euros en 2017.

TITRE VI
DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFERENTES BRANCHES

CHAPITRE I^{ER}
GESTION

Article 57

I. - Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».

II. - Au premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».

III. - Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.

IV. - Les dispositions du I et du II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2018.

Exposé des motifs

Le Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) est destiné à assurer la liquidation et le service du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées : ASPA) en faveur des personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. Il est géré actuellement par la Caisse des dépôts et consignations.

Le transfert de sa gestion à la Mutualité sociale agricole (MSA) participe des ambitions portées par le Gouvernement de recherche d'efficience de la sécurité sociale dans son ensemble, par mutualisation ou regroupement d'activités identiques ou connexes. Aujourd'hui, la MSA, en tant que régime de base obligatoire, assure déjà le service et la liquidation de l'ASPA pour les personnes qui relèvent des régimes agricoles. Elle dispose à cet effet de personnels et des systèmes d'information nécessaires. La reprise de l'activité du SASPA pourra donc se faire sans moyens supplémentaires. Ce transfert s'accompagnera d'une convention entre la CDC et la CCMSA pour en détailler les modalités matérielles, notamment pour les transferts de fichiers.

Article 58

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 3° de l'article L. 114-19, après les mots : « des tiers » sont ajoutés les mots : « ou des prestations recouvrables sur la succession » ;

2° A l'article L. 161-1-5, après les mots : « indûment versée » sont insérés les mots : « ou d'une prestation recouvrable sur la succession » ;

3° L'article L. 376-4 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « L'assureur » sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et les mots : « il verse » sont remplacés par les mots : « ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable » sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

c) Il est inséré, après le troisième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. » ;

4° L'article L. 454-2 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « l'assureur » sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et les mots : « il verse » sont remplacés par les mots : « ils versent » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable » sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;

c) Il est inséré, après le troisième alinéa, un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. »

Exposé des motifs

La présente mesure vise à améliorer le recouvrement de sommes devant revenir aux organismes de sécurité sociale auprès de tiers responsables ou dans le cadre de successions.

Le fait qu'une personne subit des dommages corporels dont la responsabilité incombe à un tiers, ne remet pas en cause le fait que la sécurité sociale assure la prise en charge immédiate des frais de soins ou d'hospitalisation, le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, etc. Le tiers responsable ne se trouve pas pour autant dégagé de son obligation de réparer le dommage causé à la victime au nom du principe de la responsabilité civile posé par le code civil. Les organismes de sécurité sociale peuvent ainsi solliciter auprès du tiers responsable ou de son assureur le remboursement des sommes qu'ils ont versées à la victime au titre du dommage subi.

Dans ce cadre, l'assureur et le tiers responsable sont tenus de signaler l'accident à la caisse d'assurance maladie à laquelle est affiliée la victime, ainsi que d'informer la caisse d'un règlement amiable intervenu le cas échéant avec la victime. Toutefois, en cas de non respect de cette obligation d'information, qui est indispensable pour mettre en œuvre en pratique la récupération par les organismes de sécurité sociale, seul l'assureur peut être aujourd'hui sanctionné. La mesure prévoit ainsi une sanction similaire lorsque c'est le tiers responsable (par exemple une entreprise dont les produits mis en vente ont été à l'origine de dommages) qui indemnise directement la ou les victimes.

La présente mesure élargit enfin le champ du droit de communication dont disposent déjà les organismes de sécurité sociale afin de couvrir le recouvrement des créances sur successions.

CHAPITRE II
FRAUDE AUX PRESTATIONS

Article 59

Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger, ainsi qu'à Pôle Emploi » ;

b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;

c) Après le 4°, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critère sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs ; »

2° L'article L.114-16 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « elle », la fin de l'article L. 114-16 est remplacée par les mots suivants : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales. » ;

b) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objet d'étendre le périmètre des échanges d'informations avec les organismes de sécurité sociale, tant en matière de gestion des prestations sociales que de recouvrement des prélèvements sociaux, afin de renforcer la lutte contre la fraude et de contribuer à une gestion efficiente des organismes de sécurité sociale pour améliorer notamment le recouvrement des créances sociales.

En premier lieu, il s'agit d'intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS).

Actuellement, le RNCPS est alimenté et consulté par les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés, les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi que Pôle Emploi.

La consultation de ce répertoire est, par ailleurs, ouverte aux organismes de la branche recouvrement du régime général et au Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux collectivités territoriales pour les procédures d'attribution de l'aide sociale, aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale, à la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre de la gestion du compte personnel de formation et aux institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail.

Le présent article élargit ce dernier champ aux groupements de collectivités territoriales et aux métropoles, afin de prendre en compte les transferts de compétences réalisés au profit de ces derniers, et en dernier lieu par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles.

En second lieu, l'article a pour objet de développer les échanges entre les organismes en charge du recouvrement et l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC).

En matière de recouvrement, l'AGRASC veille notamment à l'information préalable des créanciers publics, dont les créanciers sociaux, avant exécution de toute décision judiciaire de restitution (article 706-161 alinéa 4 du code de procédure pénale). Toutefois, très peu de demandes de paiement sont alors présentées par les créanciers sociaux, en raison de la difficulté pour l'organisme de recouvrement à obtenir un titre exécutoire dans le délai de quinze jours, alors l'AGRASC est elle-même tenue de restituer les biens saisis dans les plus brefs délais. La présente mesure permettra de développer des échanges plus en amont.

Article 60

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 114-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'une 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, susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie, a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinaire, le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai.

« Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive et par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive. » ;

2° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

a) Au sixième alinéa, après le mot : « correspondantes » sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;

b) Au septième alinéa, la référence à l'article L. 162-1-14 est remplacée par la référence à l'article L. 114-17-1 ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-6-1.* - L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié.

« En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si celui-ci a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.

« L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1. »

II. - Les dispositions du 1° du I du présent article entrent en vigueur au titre des condamnations ou sanctions prononcées à compter du 1^{er} janvier 2017.

Les dispositions du 3° du I du présent article entrent en vigueur au titre des reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

Exposé des motifs

Cet article instaure des obligations d'information visant à prévenir les indus pour l'assurance maladie.

Tout d'abord, elle prévoit l'information des organismes d'assurance maladie sur les décisions devenues définitives d'interdiction d'exercice de la profession prononcées par les autorités judiciaires ou ordinaires, afin de garantir que l'assurance maladie ne rembourse pas des actes réalisés par un professionnel non autorisé.

Elle complète en outre les dispositions relatives au versement des indemnités journalières. En effet, les conséquences d'une reprise anticipée du travail de la part d'un assuré en arrêt de travail indemnisé ne sont pas prévues par les textes. Or, lorsque l'employeur est subrogé dans les droits de son salarié pour les indemnités journalières, la reprise anticipée du travail conduit au versement indu d'indemnités journalières à l'employeur. Il est donc proposé de prévoir l'obligation pour l'employeur de signaler cette reprise anticipée à la caisse concernée ainsi qu'une pénalité financière à l'encontre de l'employeur qui ne respecterait pas cette obligation.

Parallèlement, l'article donne aux caisses la possibilité de délivrer une contrainte afin de recouvrer les montants dus auprès des employeurs.

ANNEXE A

RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2015,
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À
LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN
RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT

ET

DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET
LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2015

I. - Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2015

(en milliards d'euros)

ACTIF	2015 (NET)	2014 (NET)	PASSIF	2015	2014
Immobilisations	6,9	7,0	Capitaux propres	-109,5	-110,7
Immobilisations non financières	4,4	4,3	Dotations	27,4	29,2
Prêts, dépôts de garantie	1,6	1,7	<i>Régime général</i>	0,6	0,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	1,0	<i>Autres régimes</i>	4,9	4,5
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
			<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	21,8	23,9
			Réserves	14,3	12,1
			<i>Régime général</i>	2,7	2,6
			<i>Autres régimes</i>	6,1	5,5
			<i>FRR</i>	5,5	4,1
			Report à nouveau	-158,8	-156,9
			<i>Régime général</i>	-14,2	-10,0
			<i>Autres régimes</i>	-4,2	-3,8
			<i>CADES</i>	-140,3	-143,1
			Résultat de l'exercice	4,7	1,4
			<i>Régime général</i>	-6,8	-9,6
			<i>Autres régimes</i>	0,4	0,4
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-3,9	-3,5
			<i>CADES</i>	13,5	12,7
			<i>FRR</i>	1,5	1,4
			Ecart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	2,9	3,4
			Provisions pour risques et charges	15,8	15,0
Actif financier	60,8	58,5	Passif financier	181,6	179,9
Valeurs mobilières et titres de placement	50,1	50,4	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, euro paper commerciaux)	165,2	162,5
<i>Régime général</i>	0,0	0,1	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	27,4	24,2
<i>Autres régimes</i>	7,8	7,5	<i>CADES</i>	137,8	138,2
<i>CADES</i>	9,5	7,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	10,6	12,4
<i>FRR</i>	32,8	35,9	<i>ACOSS (prêts Caisse des dépôts et consignations)</i>	4,0	6,0
Encours bancaire	10,3	7,9	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,6	4,6
<i>Régime général</i>	1,6	2,2	<i>Autres régimes</i>	1,1	0,8
<i>Autres régimes</i>	2,1	1,5	<i>CADES</i>	1,0	1,0
<i>FSV</i>	0,9	1,2	Dépôts reçus	1,1	1,9
<i>CADES</i>	2,3	1,7	<i>ACOSS</i>	1,1	1,9
<i>FRR</i>	3,4	1,3			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,4	0,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>CADES</i>	0,2	0,2	<i>ACOSS</i>	0,0	0,2
<i>FRR</i>	0,2	0,0	Autres	4,6	3,0
			<i>Autres régimes</i>	0,0	0,1
			<i>CADES</i>	4,6	2,9
Actif circulant	75,0	69,7	Passif circulant	54,7	51
Créances de prestations	8,1	7,8	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	27,4	27,1
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	10,7	11,1	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,6	1,2
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	38,7	35,7			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	8,3	9,4	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	10,5	9,6
Produits à recevoir de l'Etat	0,5	0,5			
Autres actifs	8,8	5,2	Autres passifs	14,2	13,1
Total de l'actif	142,7	135,2	Total du passif	142,7	135,2

Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs qui représentent le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 109,5 milliards d'euros au 31 décembre 2015, soit l'équivalent de 5 points de PIB. Après une forte dégradation consécutive à la crise économique des années 2008-2009, l'amélioration constatée en 2014 s'est confirmée en 2015 (baisse de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2014). Cette amélioration reflète la poursuite de la réduction des déficits des régimes de base et du FSV amorcée en 2013 (10,3 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014, 16,0 milliards d'euros en 2013 et 19,1 milliards d'euros en 2012) et de l'amortissement de la dette portée par la CADES (13,5 milliards d'euros en 2015 contre 12,7 milliards d'euros en 2014).

Cette amélioration se traduit en particulier par le constat, pour la deuxième année consécutive, d'un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (4,7 milliards d'euros en 2015, 1,4 milliard d'euros en 2014).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, s'établit donc à un niveau proche de celui-ci et en suit en premier lieu les mêmes tendances en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui pèsent également sur la trésorerie. Du fait de la quasi-stabilité du besoin en fonds de roulement, on observe pour la première fois un léger fléchissement de l'endettement financier net en 2015 (120,8 milliards d'euros contre 121,3 milliards d'euros fin 2014).

Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(en milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Passif net au 31 décembre (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5
Endettement financier net au 31 décembre	-76,3	-96,0	-111,2	-116,2	-118,0	-121,3	-120,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice	-19,6	-23,9	-10,7	-5,9	-1,6	+ 1,4	+ 4,7

II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2015

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 6,8 milliards d'euros en 2015. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 5,8 milliards d'euros, la branche Famille un déficit de 1,5 milliard d'euros et la branche Vieillesse un déficit de 0,3 milliards d'euros, la branche Accidents du travail et maladies professionnelles ayant quant à elle dégagé un excédent de 0,7 milliard d'euros. Par ailleurs, le FSV a enregistré un déficit de 3,9 milliards d'euros.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches Maladie et Famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total. Conformément aux dispositions organiques, la CADES a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

Même si la reprise des déficits de la branche Vieillesse et du FSV reste prioritaire, compte tenu des marges rendues disponibles par les différentes mesures prises en matière de redressement financier par la réforme des retraites 2014, la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu que les déficits des exercices 2012 à 2017 des branches Maladie et Famille pourraient être intégrés dans le champ de la reprise, sans modification des plafonds globaux de reprise ni de l'échéance d'amortissement de la dette transférée à la CADES.

Un montant de 10 milliards d'euros a ainsi été repris en 2015, correspondant au transfert des déficits prévisionnels de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2014 et au financement d'une partie des déficits de la branche Maladie et de la branche Famille au titre de 2012 et de 2013.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte des conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée de 23,6 milliards d'euros. Les modalités de mise en œuvre de cette reprise anticipée en 2016 ont été précisées par décret n°2016-110 du 4 février 2016 relatif au transfert à la caisse d'amortissement de la dette sociale de déficits du régimes général et du fonds de solidarité vieillesse à effectuer en 2016.

Par ailleurs, les excédents de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles au titre de 2015 (0,7 milliard d'euros) ont été affectés à la réduction des déficits cumulés passés, dont le montant est ainsi réduit de 1,0 à 0,2 milliard d'euros.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles à l'exception de la branche retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires et des marins, et régimes de base du régime social des indépendants intégrés financièrement aux branches Maladie et Vieillesse du régime général depuis 2015), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins), et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'Etat), équilibrés par ces derniers.

Cependant, plusieurs régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2015 des résultats déficitaires. S'agissant de la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les déficits 2009 et 2010 avaient été repris par la CADES, le déficit s'élève à 0,3 milliard d'euros (contre 0,2 milliard d'euros en 2014), portant le montant des déficits cumulés depuis 2011 à 3,2 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie par l'ACOSS en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusqu'ici la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2015, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS (2,7 milliards d'euros

Le déficit du régime des mines s'est élevé à 0,1 milliard d'euros en 2015, portant le montant cumulé de dette à 1,1 milliard d'euros en fin d'année. Dans le contexte d'une limitation des concours financiers de la Caisse des dépôts et consignations, partenaire financier historique de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a étendu jusqu'à 2017 les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoyant la faculté d'un recours à des avances de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de 250 millions d'euros, en complément des financements externes procurés par la Caisse des dépôts et des établissements bancaires.

Enfin, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a dégagé, pour la deuxième année consécutive, un excédent de 0,3 milliard d'euros, contre 0,4 milliard d'euros en 2014. Cet excédent a été affecté aux réserves du régime, portant celles-ci à 1,8 milliard d'euros.

ANNEXE B

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2017-2020. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.

1. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présente des comptes sociaux proches de l'équilibre, sous l'effet d'une reprise économique qui se confirme et des réformes mises en œuvre par le Gouvernement

1.1. La reprise économique se consolide

La prévision de croissance du PIB commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et l'inflation à 1 %.

Dans le Programme de stabilité déposé en avril 2016, le gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.

La prévision de croissance pour 2016 présentée par le gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 est conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %, contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de 1,6 % comme en 2015.

Pour 2017, le gouvernement prévoit une croissance identique à la prévision pour 2016 (1,5 %), une accélération de l'inflation qui resterait néanmoins faible (0,8 %) et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en légère accélération par rapport à 2016 et de 1,9 % pour la masse salariale publique, plus élevée qu'en 2016 (1,2 %) sous l'effet notamment de la hausse de la valeur du point et des mesures catégorielles.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu son avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du PLF pour 2017 au conseil des ministres.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6%	1,3%	1,5%	1,5%	1,8%	1,9%	1,9%
Masse salariale privée	1,6%	1,7%	2,6%	2,7%	3,6%	3,8%	4,1%
Masse salariale publique	1,7%	1,3%	1,2%	1,9%	1,5%	1,6%	1,8%
ONDAM	2,6%	2,0%	1,8%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%
Inflation	0,4%	0,0%	0,1%	0,8%	1,4%	1,8%	1,8%
Revalorisation des pensions (moyenne annuelle)	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	1,2%	1,6%

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

1.2 Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale

Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de compétitivité des entreprises, avec par exemple le Pacte de responsabilité et de solidarité, la baisse de cotisations pour les exploitants agricoles, et conjuguée depuis 2012 à d'importants efforts d'économies conduits sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, permettra d'atteindre en 2017 un solde du régime général proche de l'équilibre, à seulement 400 millions d'euros de déficit, pour une dépense totale de 379,9 milliards d'euros, alors qu'il était de -13,3 milliards en 2012.

Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse, et Accident du travail - maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de respectivement 0,03, 1,6 et 0,7 milliards d'euros. La branche maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à - 4,2 milliards d'euros contre - 17,5 milliards en 2012.

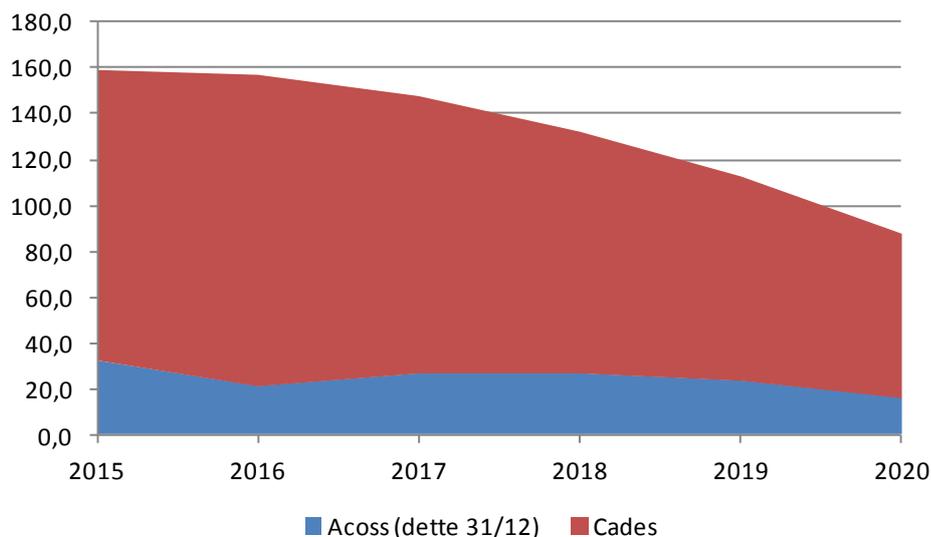
Ce redressement devrait se poursuivre sur les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent dès 2018 à 2 milliards d'euros, puis 4,6 milliards en 2019 et 7,4 milliards en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.

Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage du Fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le Fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. A la fin 2016, la CADES aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la caisse d'amortissement de la dette sociale en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du FRR, ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière, grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d'extinction, et donc oblige à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d'amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, en LFSS pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.



2. L'ensemble des branches du régime général affiche dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale un solde équilibré ou excédentaire, à l'exception de la branche maladie dont le déficit se réduit néanmoins

2.1. Les branches Vieillesse et Famille connaissent des excédents, grâce aux réformes engagées les années précédentes

Les branches Famille et Vieillesse sont également à l'équilibre, avec un solde prévu en 2017 à 0,03 pour la branche Famille, et à 1,6 pour la Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement pour 2015, jouant à plein sur les années 2016 et 2017, contribue en grande partie à ce retour à l'équilibre. Pour les années suivantes, le solde de la branche famille poursuit son amélioration, à 0,7 milliards d'euros en 2018, puis 0,8 et 1 milliard en 2019 et 2020. Ces excédents permettront de contribuer davantage à la réduction des dettes accumulées.

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent, qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

Les excédents de la branche vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.

Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la LFSS pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le PLFSS pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général

2.2 La branche maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins

La fixation d'un ONDAM en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies soit 0,7 milliard d'économie de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendancielle l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016 et qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition du parcours professionnel carrière et rémunération des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrises des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, le Fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM 2017 qui demeure très maîtrisé.

Au-delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM la modernisation de notre système de santé se poursuit.

Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par le Dr Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la LFSS pour 2016.

L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

3. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

3.1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux

La mise en œuvre du Pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.

Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.

Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

La création d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.

La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

3.2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de 20 actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de 6 millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces 20 mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liées à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des URSSAF dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du RSI et URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

- En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

- En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants, placé sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.

Le projet de loi vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

3.3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée

La lutte contre la fraude constitue une priorité du gouvernement, en raison de son coût, mais également car la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. A cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.

Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre Etat, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.

Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la protection sociale et notamment la Caisse des Français de l'étranger. L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé ce qui permettra de sauvegarder certaines créances frauduleuses pour lesquelles, actuellement les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

(en milliards d'euros)

Recettes, dépenses et soldes du régime général	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
Solde	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7
AT/MP					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
Solde	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

(en milliards d'euros)

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie					
Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
Solde	-4,0	-2,6	-0,9	1,3	3,7
AT/MP					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9
Solde	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
Solde	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
Solde	-3,1	-0,3	1,9	4,0	6,4

(en milliards d'euros)

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18,0	17,0
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3

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

I. - Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2017 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,1	2,5	0,7	0,1	6,5	0,0	6,5
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	19,5	7,8	0,0	59,6	6,5	66,1
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2
Recettes	204,5	232,2	49,9	14,2	487,1	15,7	483,7

II. - Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2017 (en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,1	2,2	0,7	0,1	6,1	0,0	6,1
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	14,8	7,8	0,0	54,9	6,5	61,3
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
Recettes	203,2	126,5	49,9	12,8	379,5	15,7	377,6

III. - Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2017 (en milliards d'euros)

	FSV
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	9,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,5
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	15,7