LIAISONS SOCIALES QUOTIDIEN

DOSSIER N° 46 / 2019

// le dossier juridique

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (3)

Complémentaire santé, revalorisation des prestations, etc.

Après les mesures relatives aux cotisations, nous terminons notre présentation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avec les mesures relatives aux prestations.
Mise en œuvre de la réforme du 100 % santé avec l'adaptation des contrats responsables, fusions de la CMU-C et l'ACS, désindexation de certaines prestations sociales, rapprochement des règles d'octroi des indemnités journalières maternité entre indépendantes et salariées, telles sont les principales nouveautés à signaler.

À CLASSER SOUS
SÉCURITÉ SOCIALE
FINANCEMENT
03 / 19

Revue de détail des mesures concernant les prestations sociales, telles qu'elles figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. La loi traduit l'annonce du gouvernement de mettre en place du « reste à charge zéro » en optique, audiologie et dentaire à l'horizon 2021. Comme prévu par stratégie de lutte contre la pauvreté, elle procède à la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une assurance à la complémentaire santé (ACS).
La loi tend également à maîtriser les dépenses en actant une moindre revalorisation des prestations sociales, pour une économie escomptée de 2,8 milliards en 2019 ou encore en améliorant le recouvrement des indus de prestations.
La LFSS pour 2019 marque aussi la fin de la compensation intégrale par l'État à la Sécurité sociale des mesures d'exonération de cotisations.

1 La prise en charge des frais de santé révisée

PANIER DE SOINS « 100 % SANTÉ » EN OPTIQUE, AUDIOLOGIE ET DENTAIRE

La LFSS pour 2019 vise à mettre en œuvre le panier de soins « 100 % santé », promesse de campagne du président de la République, en prévoyant une prise en charge sans ticket modérateur pour les assurés, en optique, aides auditives et prothèses dentaires. Ce panier d'équipements et de soins a été défini en amont, suite à une large concertation avec les parties prenantes, tandis que les tarifs maximums sur les soins prothétiques dentaires ont été instaurés à l'issue d'une négociation, précise l'étude d'impact de la mesure. La LFSS tire les conséquences de la réforme du 100 % santé en modifiant pour ces soins la couverture minimale des contrats responsables et solidaires. Deux décrets d'application venant adapter le contenu des contrats responsables et le socle minimal de garanties des complémentaires santé ont d'ores et déjà été publiés.

À NOTER **Le régime social de faveur applicable aux contributions patronales versées à un régime complémentaire de frais de santé est notamment conditionné au respect du cahier des charges des contrats responsables, qui prévoit la prise en charge d'un panier minimal de soins.**

> Adaptation des contrats responsables au 100 % santé…

Pour permettre la prise en charge à 100 % en optique, audiologie et dentaire décrite ci-dessus, l'article 51 de la LFSS révise le cadre des contrats responsables et solidaires, en modifiant l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale. Alors que ce dernier prévoit actuellement la possibilité pour les contrats solidaires et responsables de prendre en charge « les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les **soins dentaires** prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les **dispositifs d'optique médicale** », il est modifié pour rendre la **couverture** de ce type de dépense, « **en sus des tarifs de responsabilité** », **obligatoire** pour les contrats respon-

sables. En outre, cette prise en charge sera élargie aux « **aides auditives** » *(CSS, art. L. 871-1, modifié à venir).*

Mise en œuvre du « panier de soins 100 % santé »

Le **décret** n° 2019-21 du **11 janvier 2019** a adapté le **cahier des charges** des contrats responsables à la réforme. Ainsi, les contrats responsables devront prendre en charge :

– les dépenses d'acquisition des **dispositifs médicaux d'optique médicale** à usage individuel à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés par le Comité économique des produits de santé, pour les verres et les montures appartenant à une classe à **prise en charge renforcée**, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre *(CSS, art. R. 871-2, 3°, modifié à venir)*;

– les dépenses d'acquisition des **dispositifs médicaux d'aides auditives** à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par le Comité économique des produits de santé, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée. Ces garanties s'appliqueront aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période quatre ans *(CSS, art. R. 871-2, 4°, nouveau à venir)*;

– les frais de **soins dentaires prothétiques** exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens dentistes, ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques *(CSS, art. R. 871-2, 5°, nouveau à venir).*

À NOTER Un décret paru au *Journal officiel* du 1er mars 2019 *(D. n° 2019-147 du 27 février 2019)* prévoit les conditions de disponibilité, de présentation, et de distribution des produits et prestations à prise en charge renforcée, ainsi que des modalités d'information des assurés sociaux. Le décret précise par ailleurs la procédure de tarification distincte de produits et prestations comparables selon qu'ils relèvent ou non de la prise en charge renforcée. Le décret fixe enfin les règles applicables à la pénalité financière que le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre d'un fabricant ou distributeur ne respectant pas les obligations liées à la distribution des produits à prise en charge renforcée.

Autres adaptations du panier de soins

Outre les modifications du cahier des charges des contrats responsables mentionnées ci-dessus, des **évolutions** relatives aux **plafonds et périodicités** sont également prévues par le décret pour les dispositifs médicaux n'entrant pas dans la « classe à prise en charge renforcée ».

Ainsi, les niveaux de prise en charge en matière d'**optique** actuellement prévus par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale sont modifiés. Concrètement cela se traduit pour les dispositifs d'optique médicale, par une **réduction** des **limites maximales de remboursement de 50 €** par rapport à ce qui existe actuellement pour les différents équipements, ainsi que par des modifications des caractéristiques techniques de ces équipements. En outre, le décret indique que les montants minimums et maximums de prise en charge incluront la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés. Il est par ailleurs précisé que « dans tous les cas, la prise en charge d'une **monture** [sera] **limitée à 100 €** », contre 150 € actuellement. Le choix a en effet été fait de recentrer le remboursement sur les verres. Le principe de la réglementation actuelle selon lequel ces garanties s'appliquent aux frais exposés par période de deux ans est repris, mais parmi les exceptions, le décret vise désormais « notamment » les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue.

Concernant les **aides auditives** hors panier de soin 100 % santé, les contrats responsables pourront les prendre en charge au minimum à hauteur de la participation de l'assuré et au maximum à **1 700 €**, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré.

... et du socle minimal de garanties des complémentaires santé

Parallèlement, un décret du 31 janvier 2019 *(n° 2019-65)* est venu adapter le contenu des garanties minimales que doivent proposer les employeurs à leurs salariés en matière de complémentaire santé aux dispositions issues de la réforme (panier minimal de soins généralisé). Cette couverture devra comprendre, en sus des garanties minimales des contrats responsables, un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique médicale composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée (c'est-à-dire hors panier de soins 100 % santé). Les montants de 100, 150 et 200 € en fonction des équipements sont identiques à ceux qui existent actuellement, mais les caractéristiques techniques évoluent. De même, la couverture à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilités pour les soins dentaires prothétiques et d'orthodontie (hors panier de soins 100 % santé) est reprise par le décret. De telles dispositions permettent de **simplifier** l'article D. 911-1 du Code de la sécurité sociale en retirant les doublons de garanties avec les contrats responsables. Ces dispositions s'appliqueront aux **contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020** et dans les conditions prévues par le reste de la réforme.

Création d'un comité de suivi de la réforme

Afin de « s'assurer de la pleine mise en œuvre de la réforme dans ces différentes composantes », précise la notice du décret du 11 janvier 2019, est prévue la création d'un comité de suivi de la réforme 100 % santé. Celui-ci a été installé le 14 février 2019 par la ministre des Solidarités et de la Santé. Présidé par Agnès Buzyn, il est composé des représentants des organismes complémentaires, des associations de patients, de l'Assurance maladie et des syndicats nationaux des secteurs de l'audiologie et de l'optique. Il se substitue à l'observatoire des prix et de la prise en charge optique médicale, et a notamment pour mission d'évaluer la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des prestations et équipements dentaires, d'optique médicale et d'audiologie. Il remettra aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, tous les deux ans et au plus tard le 30 septembre, un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant, le cas échéant, des préconisations.

À NOTER Les fédérations des assureurs (FFA), des mutuelles (FNMF), des institutions de prévoyance (Ctip) et l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) ont signé « un accord de place national » portant sur « la lisibilité des garanties de complémentaire santé », le 14 février 2019, sous l'égide de la ministre de la Santé. Ce document prévoit notamment, à compter de 2020, une harmonisation des libellés des principaux postes de

garanties ainsi qu'une liste d'exemples concrets de remboursements en euros que les organismes complémentaires d'assurance maladie sont invités à diffuser dès 2019. Il participera ainsi à l'accompagnement de la réforme du 100 % santé et, de façon générale, à une meilleure information des assurés et des adhérents.

Entrée en vigueur à l'horizon 2020

Les dispositions prévues en matière d'**optique** s'appliqueront aux **contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020.** La même date est prévue pour les dispositions relatives aux **frais dentaires**, sous réserve des dates que pourrait fixer la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
Quant aux dispositions relatives aux **aides auditives**, elles s'appliqueront aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du **1er janvier 2021**.
En outre, la mesure impose une **renégociation** des accords de branche ou une **adaptation** des **accords** d'entreprise ou des décisions unilatérales appliquant le **panier** de soins **minimal** de la généralisation prévu à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale afin de les mettre en conformité avec les futures dispositions légales **avant** le **1er janvier 2020**.

FUSION DE LA CMU-C ET DE L'ACS

Dans le cadre de la « stratégie de lutte contre la pauvreté », la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une assurance à la complémentaire santé (ACS) sont réunis au sein d'un seul dispositif. L'objectif poursuivi par le gouvernement à l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 est double :
– améliorer le niveau de prise en charge des soins, en particulier en optique, audiologie et dentaire, en cohérence avec le panier de soins « 100 % santé » *(v. ci-dessus)*;
– simplifier l'accès à ces dispositifs pour réduire un taux de non-recours qui atteint 65 % pour l'ACS et entre 24 et 36 % pour la CMU-C, selon l'exposé des motifs.

Extension du plafond de la CMU-C jusqu'à celui de l'ACS

La « fusion » des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS se traduit par l'extension de la CMU-C aux personnes susceptibles de bénéficier aujourd'hui de l'ACS, en **augmentant** le **plafond** de la **CMU-C de 35 %**. Les dispositions concernant les deux dispositifs sont réunies au sein de l'**article L. 861-1** du Code de la sécurité sociale, auparavant uniquement dédié à la CMU-C.
Le mécanisme qui sera ainsi mis en place conservera toutefois les deux logiques concernant le financement par les assurés : **pas de participation financière** pour les personnes disposants de **ressources inférieures au plafond** de la CMU-C (8 810 € pour une personne seule jusqu'au 31 mars 2019) et une **participation** financière entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % (11 894 € pour une personne seule jusqu'au 31 mars 2019). Cette participation sera variable **en fonction** de l'**âge** du bénéficiaire et ne pourra excéder 5 % du montant du plafond de la CMU-C, ce qui correspond actuellement à 440,50 € pour une personne seule.
L'absence de paiement de la participation financière, pendant une durée à définir, entraînera la **suspension** du bénéfice de la CMU-C. Cette décision sera prise par le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire.

CONGÉ PATERNITÉ EN CAS D'HOSPITALISATION DU NOUVEAU-NÉ

S'inspirant du Rapport Igas publié le 11 septembre 2018, l'article 72 de la LFSS pour 2019 a instauré un congé paternité supplémentaire pour répondre aux situations rencontrées par les parents d'enfants dont l'état de santé nécessite une prise en charge à l'hôpital dans un service spécialisé juste après leur naissance. À cet effet, l'article L. 1225-35 du Code du travail est modifié afin d'intégrer un congé paternité dérogatoire (par rapport au congé paternité pour la naissance du ou des enfants, d'une durée respectivement de 11 et 18 jours et nécessitant un délai de prévenance de l'employeur d'un mois). Ainsi, lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale qui sera déterminée par décret. Les articles L. 331-8 du Code de la sécurité sociale et L. 732-12-1 du Code rural et de la pêche maritime, prévoyant le versement des indemnités journalières de congé paternité, sont adaptés en conséquence.
La mesure s'appliquera aux naissances intervenant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1er juillet 2019.

Ces dispositions entreront en vigueur à compter du **1er novembre 2019**, étant précisé qu'elles ne s'appliqueront pas aux décisions d'attribution du nouveau dispositif de protection complémentaire prise antérieurement au 1er novembre 2019 *(CSS, art. L. 861-1, modifié à venir).*

À NOTER **Un tel système doit permettre d'étendre aux bénéficiaires actuels de l'ACS le niveau de prise en charge de la CMU-C et de « répondre aux critiques sur la complexité du dispositif de l'ACS », précise l'étude d'impact de la mesure.**

Renouvellement automatique pour les bénéficiaires du RSA

Toujours dans l'optique d'améliorer le taux de recours, ce droit à la protection complémentaire en matière de santé pourra être **renouvelé automatiquement** à l'issue d'une période d'**un an**. Cette possibilité concernera les **bénéficiaires** du revenu de solidarité active (**RSA**), mais aussi, comme pour l'ACS actuellement, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (**Aspa**) et les allocations du minimum vieillesse. Ces dispositions entreront en vigueur à compter du **1er avril 2019** *(CSS, art. L. 861-5, modifié à venir).*

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ DES RETRAITÉS RÉSIDANT À L'ÉTRANGER

La mise en place de la protection universelle maladie en 2016 a conduit à la réécriture des dispositions concernant les soins de santé des pensionnés résidant à l'étranger. L'article L. 160-3 du Code de la sécurité sociale qui en a résulté « permet une ouverture plus large qu'antérieurement aux ressortissants d'État tiers à l'Union européenne », en ne prévoyant « plus aucune référence à une durée d'assurance minimale » explique l'étude d'impact. L'article 52 de la **LFSS** modifie cet article L. 160-3 afin de « **fixer** une **limite** en dessous de laquelle la législation interne ne prévoit **plus de prise en charge** des soins de santé aux pensionnés lors de leurs séjours temporaires en France, lorsqu'ils résident hors du territoire ».
Ainsi, sous réserve des dispositions relatives au séjour temporaire prévues dans les règlements européens et

les conventions internationales de sécurité sociale ou des dispositions, applicables dans les États dans lesquels ces personnes résident, prévoyant une prise en charge des soins dispensés hors de leur territoire, **bénéficient** de la **prise en charge** des frais de santé lors de leurs **séjours** en France *(CSS, art. L. 160-3, modifié à venir)*:
– les titulaires d'une **pension de retraite** ou de réversion servie par un ou plusieurs régime de retraite de base français, d'une rente AT-MP, ou encore d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français, lorsque la **France** est **exclusivement compétente** pour la prise en charge des soins de santé dispensés dans l'État dans lequel elles résident en vertu des conventions internationales de sécurité sociale ;
– les titulaires des prestations précitées et dont la pension rémunère une **durée d'assurance supérieure ou égale à 15 années** au titre du **régime français** lorsque la France n'est pas exclusivement compétente ;
– aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées dans les deux cas précédant.
Ces dispositions entreront en vigueur le **1er juillet 2019.**

2 Des prestations sociales désindéxées

Par dérogation à la règle d'indexation sur l'inflation prévue à l'article L. 161-25 du Code de la sécurité sociale, l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avait prévu de revaloriser une partie des prestations sociales de 0,3 % en 2019 et en 2020. Toutefois, le Conseil constitutionnel a, dans sa décision du 21 décembre 2018, estimé que le dispositif étendant à l'année 2020 la dérogation au principe légal de revalorisation des prestations sociales ne trouvait pas sa place dans la LFSS pour 2019. Il a donc jugé les seuls mots « 2020 » contraires à la Constitution. En effet, ne pouvait figurer dans la loi de financement, aux termes de l'article LO. 111-3 du Code de la sécurité sociale, des mesures ayant un effet sur les dépenses ultérieures dès lors quelles ne présentaient pas un caractère permanent. La ministre de la Solidarité et de la Santé et le ministre de l'Action et des Comptes publics, ont toutefois précisé, dès le 21 décembre 2018 au soir, que cette mesure figurerait dans une prochaine loi financière pour 2020 qui devrait être examinée par le Parlement à la fin de l'année 2019.

PRESTATIONS REVALORISÉES DE 0,3 % EN 2019

Ainsi, seront revalorisées au **1er avril** en fonction d'un taux, non indexé sur l'inflation, mais de 0,3 % seulement:
– les **pensions d'invalidité** ;
– les **rentes accidents du travail** et maladies professionnelles et le salaire minimum des rentes AT-MP ;
– les indemnités en capital dues aux victimes d'AT-MP ;
– la **majoration pour tierce personne** ;
– les **prestations familiales**.
Par le jeu de renvois indirects, *via* notamment l'article L. 161-23-1 du Code de la sécurité sociale, ont également été revalorisées de 0,3 % mais dès le **1er janvier 2019** :
– les **pensions de retraite** personnelle et de réversion ;
– le minimum contributif ;
– le minimum de retraite de réversion ;
– le plafond de ressources pour la majoration de pension de réversion ;
– la majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge ;
– la majoration forfaitaire pour enfant à charge.
Sont ou seront également revalorisés de 0,3 % en 2019 :
– l'**allocation personnalisée d'autonomie** (au 1er janvier 2019) ;
– l'allocation compensatrice pour tierce personne (au 1er avril 2019) ;
– la **prestation de compensation du handicap** (au 1er avril 2019) ;
– le **capital décès** (au 1er avril 2019) ;
– l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (**Acaata**) (au 1er janvier 2019) ;
– l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie (au 1er avril 2019) ;
– la majoration pour aide constante d'une tierce personne (au 1er avril 2019).

À NOTER La loi de finances pour 2019 prévoit la mise en œuvre des mesures de désindexation pour les prestations qui relèvent du budget de l'État que sont certaines aides au logement, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et la prime d'activité, ces deux dernières étant exceptionnellement revalorisées au-delà de l'inflation.

PRESTATIONS INDEXÉES SUR L'INFLATION

Restent en revanche revalorisées en fonction de l'inflation constatée sur un an selon les modalités fixées à l'article L. 161-25 du Code de la sécurité sociale (coefficient égal à l'évolution de la moyenne des prix publiés par l'Insee l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées, soit 1,5 %), les prestations qui bénéficient « aux plus fragiles ».
Ainsi l'**allocation de veuvage** a été revalorisée de 1,5 % au **1er janvier 2019**.
Au **1er avril 2019**, seront revalorisés selon le dispositif légal de + 1,5 % :
– l'**allocation supplémentaire d'invalidité** (ASI) et les plafonds de ressources associés ;
– le **plafond de ressources** pris en compte pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (**CMU-C**) et l'aide à la complémentaire santé (**ACS**) ;
– le **revenu de solidarité active** ;
– l'allocation de solidarité spécifique ;
– l'allocation temporaire d'attente ;
– l'allocation pour demandeur d'asile.

À NOTER L'Aspa et les anciennes allocations constitutives du minimum vieillesse et les plafonds de ressources afférents ont été revalorisées à titre exceptionnel au-delà de l'inflation au 1er janvier 2019 pour atteindre 868,20 € par mois pour une personne seule et 1 347,88 € pour un couple par décret n° 2018-227 du 30 mars 2018 *(v. le dossier juridique - Min. soc. - n° 36/2019 du 21 février 2019)*. Ces minima sociaux devraient être à nouveau revalorisés au 1er janvier 2020.

3 Le recouvrement des prestations sociales modifié

Pour améliorer le recouvrement par les organismes de sécurité sociale d'indus de prestations maladie, vieillesse, et familiales, la loi élargit les possibilités de retenues sur prestations. Elle poursuit également le chantier de la modernisation du traitement des données concernant

les allocataires. Des dispositions similaires s'appliquent à Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon.

NOUVELLES POSSIBILITÉS DE RETENUE SUR LES PRESTATIONS SOCIALES

Pour améliorer le recouvrement des prestations sociales versées à tort, l'article 77 de la loi autorise les **organismes** de sécurité sociale à **récupérer** les **indus** de prestations **auprès d'autres organismes** de sécurité sociale *(CSS, art. L. 133-4-1, L. 355-3, L. 553-2 et L. 815-11)*. Ce mécanisme de récupération est dénommé « fongibilité interbranches ».
Par exemple, explique l'étude d'impact préalable de cet article du projet de loi, une prise en charge des frais de santé indûment accordée pourrait, en l'absence d'autres prestations versées au titre de l'assurance maladie, être récupérée sur les prestations familiales du débiteur.

Conditions de mise en œuvre

Cette fongibilité interbranches n'est toutefois ouverte que si :
– l'**indu ne peut être recouvré sur** les **prestations à échoir** de l'organisme créancier ;
– l'allocataire ne conteste pas le caractère indu de la prestation ;
– l'allocataire n'a pas choisi de rembourser les trop-perçus en une ou plusieurs fois par retenues sur prestations (dans un délai à fixer par décret dans la limite de 12 mois) ;
– l'**organisme gestionnaire** des prestations sur lesquelles une retenue sera opérée donne son **accord** pour que cette procédure soit mise en œuvre. Suite à cet accord, le recouvrement des indus n'est possible que s'il n'existe pas d'indus non recouvrés par la caisse délégataire.

Entrée en vigueur reportée à 2020

Cette mesure a été présentée comme nécessaire pour « améliorer les conditions de recouvrement » des indus et permettre aux « débiteurs de s'acquitter plus aisément de leur dette » tout en procédant à des économies liées aux nouvelles possibilités de récupération. Un enjeu majeur puisque les indus de prestations représentaient 2,2 milliards d'euros en 2017. Mais compte tenu des développements informatiques nécessaires pour permettre les échanges entre organismes de sécurité sociale, la « fongibilité interbranches » entre prestations entrera en vigueur l'année prochaine au 1er janvier 2020.

À NOTER **Ce dispositif nécessite d'être complété par des mesures réglementaires pour préciser notamment les modalités de notification à l'assuré de la mise en œuvre de la procédure de fongibilité des indus.**

NOUVELLES POSSIBILITÉS DE RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDÛMENT VERSÉES PAR LES CAF

Une prestation versée par une CAF (ou une caisse de MSA) peut être recouvrée sur les autres prestations versées par cet organisme pour son compte ou pour le compte de tiers (comme l'État) : prestations familiales, RSA et aides au logement *(CSS, art. L. 553-2 et L. 835-3; CCH, art. 351-11)*.
Le montant du prélèvement est fonction d'un barème de recouvrement des indus (fixé pour 2019 par arrêté du 21 décembre 2018, *JO* 28 décembre) comportant cinq tranches de ressources mensuelles qui déterminent le montant de la retenue à effectuer. Aucune distinction n'est faite entre l'allocataire de bonne foi et l'allocataire coupable de fraude.
Pour **accélérer** le **remboursement** des sommes dues **en cas de fraude**, l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 donne au **directeur** de la **CAF** (ou de la MSA) la **faculté de majorer** le **montant** de la **saisie** opérée **sur** les **prestations à échoir** (le taux sera fixé par décret dans la limite de 50 %) *(CSS, art. L. 553-2 et L. 835-3 modifiés; CCH, art. 351-11 modifié). A contrario*, dans les autres cas et notamment en cas d'erreur involontaire de l'allocataire ayant engendré des indus, le montant de la retenue ne pourra pas être majoré.
Toujours dans le même esprit, le montant de la retenue pourra encore être multiplié par deux en cas de réitération d'acte frauduleux au cours d'une période de cinq ans (à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue).
Ces dispositions s'appliquent en principe depuis le 1er janvier 2019 mais leur décret d'application n'est toujours pas paru.

ACCÉLÉRATION DU RECOUVREMENT DES INDUS PAR LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

En application de l'article L. 861-3 du Code de sécurité sociale modifié, un **décret** devra fixer les **modalités** selon lesquelles les **sommes dues par** les **organismes complémentaires** aux organismes d'assurance maladie sont **majorées de 10 % pour retard de paiement**. Ce même décret fixera les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme maladie peut délivrer une contrainte pour être remboursé. Selon le législateur, cette mesure était nécessaire en raison d'un vide juridique. En l'état du droit, les organismes d'assurance maladie éprouvent des difficultés à obtenir des organismes complémentaires le remboursement des sommes avancées au profit des bénéficiaires de la protection sociale complémentaire que sont la CMU-C et l'ACS.

MODERNISATION DES MODALITÉS DE DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS SOCIALES

Pour limiter le taux de non-recours, simplifier les démarches des usagers, réduire les erreurs et limiter la

CENSURE DE LA DÉMATÉRIALISATION PROGRESSIVE DES ARRÊTS DE TRAVAIL

En première lecture, le gouvernement avait déposé un amendement, approuvé ensuite par les députés prévoyant la dématérialisation progressive des arrêts de travail, à la suite de la remise du bilan d'étape de la mission relative à l'indemnisation des arrêts de travail. Il était ainsi prévu que ce mode de prescription devienne la règle, au plus tard le 31 décembre 2021. Le Conseil constitutionnel a toutefois censuré la mesure, considérant que « ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement », ni ne relèvent des autres catégories de mesures qui « peuvent figurer » dans les LFSS et mentionnées au paragraphe V de l'article LO. 111-3 du Code de la sécurité sociale. Ces dispositions seront reprises dans le projet de loi de transformation du système de santé, annoncé pour le printemps 2019, ont indiqué les ministres.

fraude, le législateur entend s'appuyer sur une délivrance des prestations sociales modernisée. Aussi, à l'instar de la déclaration sociale nominative (DSN) portant sur les revenus salariaux, en application de l'article 78 de la LFSS *(CSS, art. L. 133-5-3 modifié)*, une **déclaration sociale nominative complémentaire** devra être remplie tous les mois par :
– les organismes servant des prestations sociales non imposables dont la liste sera fixée réglementairement ;
– les organismes versant des sommes imposables autres que des salaires.
Cette déclaration « complémentaire » comportera, **pour chaque allocataire**, des **informations** concernant les **sommes et prestations versées**. Elle sera destinée à un organisme dédié. Les données de cette déclaration serviront « uniquement au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales, ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions ».
La transmission de ces données permettra de remplir les obligations déclaratives liées au prélèvement à la source.
Toutefois, pour encadrer la pratique, les données issues de cette déclaration seront conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul de certaines prestations (dont la liste sera fixée par décret) et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées *(CSS, art. L. 133-5-3 modifié)*.
Toujours pour permettre l'accès aux droits, les organismes nationaux (Cnam, Cnav, Cnaf) sont chargés de définir les orientations mises en œuvre par les organismes de leur réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification les démarches des usagers.
Cette mesure de modernisation de la délivrance des prestations entrera en vigueur par étapes au plus tard au **1er janvier 2020**. Au cours de l'année 2019, une base de ressources commune aux organismes de sécurité sociale sera créée et utilisée par ces derniers pour l'attribution et le calcul des prestations en fonction des ressources des intéressés.

4 Mesures relatives aux prestations familiales

En matière de politique familiale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ajuste le complément de libre choix de mode de garde et l'allocation de rentrée scolaire pour répondre aux contraintes rencontrées par les familles. Elle prend également en compte l'avancée de l'âge de l'instruction obligatoire de six ans à trois ans, prévue pour la prochaine rentrée scolaire 2019-2020. Le projet de loi « pour une école de confiance », dont l'examen parlementaire a débuté le 11 février 2019, devrait donner valeur législative à cette annonce présidentielle.

AVANCEMENT DE L'ÂGE DE L'INSTRUCTION OBLIGATOIRE ET ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

L'avancée de l'âge de l'instruction obligatoire de six ans à trois ans à compter de la prochaine rentrée scolaire 2019 nécessitait, selon l'exposé des motifs du projet de loi, de toiletter les dispositions relatives à l'allocation de rentrée scolaire (ARS).
Aux termes de l'article L. 543-1 modifié du Code de la sécurité sociale, l'**ARS demeure versée** au titre des **enfants scolarisés de six ans à 16 ans**, et non trois ans « car les parents n'auraient pas à faire face à des dépenses nouvelles » du fait de l'entrée en maternelle de l'enfant. La notion « d'obligation scolaire » est donc écartée du texte législatif au profit de la notion « d'**âge déterminé** » (en l'occurrence, six ans) *(art. 70 de la LFSS)*.
Cette mesure s'applique à compter du 1er janvier 2019 pour être effective à la prochaine rentrée scolaire 2019-2020.

MAJORATION DU COMPLÉMENT DU LIBRE CHOIX DE MODE DE GARDE EN CAS DE HANDICAP D'UN ENFANT

Pour améliorer l'accueil des jeunes enfants handicapés par les assistants maternels, gardes à domicile et associations et entreprises habilitées, l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 majore le montant du complément de libre choix de mode de garde (CMG) lorsque l'un des **enfants à charge** de la famille bénéfice de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (**AEEH**).
La famille s'entend du ménage ou de la personne seule s'occupant de l'enfant lourdement handicapé, étant entendu que pour bénéficier de l'AEEH, l'enfant doit présenter un pourcentage d'incapacité permanente au moins égal à 80 % *(CSS, art. L. 531-5 et L. 531-6 modifiés)*.
Cette **majoration du CMG** « **mode de garde** » pour enfant handicapé devrait être **fixée à 30 %, par décret** à paraître. Elle s'appliquerait pour les gardes d'enfants réalisées à compter du **1er novembre 2019**.

VERSEMENT DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DE MODE DE GARDE JUSQU'À L'ENTRÉE EN MATERNELLE

L'**âge** de l'**instruction obligatoire** devrait être ramené de six ans à **trois ans**.
En conséquence, l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 anticipe et prévoit le **versement intégral** du **complément de libre choix de mode de garde** pour les **enfants** ayant atteint l'âge de **trois ans entre le 1er janvier et le 31 août** de l'année de rentrée scolaire, soit jusqu'à leur entrée en maternelle, et non plus jusqu'à trois ans seulement *(CSS, art. L. 531-5 modifié)*.
Cette mesure s'appliquera aux gardes d'enfants effectuées à compter du **1er janvier 2020**.

POSSIBILITÉ DE VERSEMENT DIRECT DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DE MODE DE GARDE À LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dans un souci de simplification, l'article 70 de la LFSS autorise le versement direct du CMG à l'association ou l'entreprise qui assure la garde l'enfant. Cette faculté ne sera toutefois ouverte qu'à deux conditions : si la famille le demande et si la structure d'accueil l'accepte *(CSS, art. L. 531-6 modifié)*.

Les modalités de mise en œuvre de cette mesure doivent encore être fixées par décret. Elle ne s'appliquera qu'aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1er janvier 2022.

5 Aménagement des prestations à destination des indépendants

Le rapprochement des règles applicables entre indépendants et salariés se poursuit. S'appuyant sur le rapport de Marie-Pierre Rixain « Rendre effectif le congé maternité pour toutes les femmes » publié en septembre 2018 *(v. l'actualité n° 17659 du 26 septembre 2018)*, qui estime que l'inégalité des congés maternité en fonction du statut d'activité est injustifiée, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a aligné les conditions d'ouverture du droit aux indemnités journalières (IJ) maladie et maternité ainsi que la durée du congé maternité indemnisé des travailleuses indépendantes sur celles des salariées.
Le législateur s'est également efforcé de prendre en compte certains aspects de l'activité indépendante pour mieux faire correspondre le dispositif légal avec la pratique.
Des mesures similaires ont prévues pour les exploitants agricoles.

ALLONGEMENT DE LA DURÉE DU CONGÉ MATERNITÉ

La durée minimum pendant laquelle les travailleuses indépendantes doivent s'arrêter de travailler pour bénéficier d'un congé maternité indemnisé est désormais identique à celle des salariées car l'article L. 623-1 du Code de la sécurité sociale fait désormais référence à l'article L. 331-3 du Code de la sécurité sociale qui concerne la durée minimale d'arrêt de travail d'une salariée pour bénéficier des indemnités journalières maternité *(art. 71 de la LFSS)*.

Pour les prestations versées jusqu'au 31 décembre 2018

Précédemment, les travailleuses indépendantes bénéficiaient :
– d'une **allocation forfaitaire de repos maternel** visant à compenser en partie la baisse d'activité liée à leur maternité, **versée sans condition de durée minimale d'arrêt** de travail ;
– d'**indemnités journalières (IJ) forfaitaires**, ouvertes à condition de **cesser** toute **activité** professionnelle pendant une durée minimum de **44 jours consécutifs** (six semaines) dont 14 jours devant intervenir avant la date présumée de l'accouchement.

Pour les prestations versées à partir du 1er janvier 2019

Pour assurer la bonne santé de la mère et de l'enfant, la loi révise les conditions d'octroi des prestations en espèces maternité versées pour la première fois à compter du 1er janvier 2019 :
– les **allocations forfaitaires de repos maternel** et les **indemnités journalières forfaitaires** sont désormais versées à la condition pour l'intéressée de **cesser**, dans tous les cas, son **activité** ;
– la **durée minimum d'arrêt** de travail est portée de 44 jours à **56 jours** (huit semaines) *(CSS, art. L. 623-1 et L. 331-3 modifiés)*.
Par ailleurs, le gouvernement s'est engagé à augmenter par **décret** (non encore paru), la **durée maximum de versement** des indemnités journalières de 74 jours actuellement (dix semaines) à **112 jours** (16 semaines).

À NOTER **En cas de maternité, paternité, d'accueil de l'enfant ou d'adoption, les conjoints collaborateurs bénéficient d'allocations forfaitaires de repos et, lorsqu'ils font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer, ils peuvent bénéficier d'indemnités complémentaires. Celles versées à partir du 1er janvier 2019 ne sont plus proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement** *(CSS, art. L. 663-1)*.

REPORT DES APPELS DE COTISATIONS À LA FIN DU CONGÉ MATERNITÉ OU D'ADOPTION

Aux termes de l'article 73 de la loi, les travailleurs indépendants (hors régime micro-social) peuvent bénéficier d'un **report de paiement** des **cotisations** ou contributions provisionnelles ou définitives durant toute la **période** où elles perçoivent des **indemnités journalières de maternité** ou d'adoption.
Les cotisations ainsi reportées peuvent faire l'objet d'un plan de paiement échelonné pour une durée maximale de 12 mois, voire de 24 mois en cas de circonstances exceptionnelles par l'organisme de recouvrement. Ce dispositif n'engendre aucune majoration ni pénalité de retard.
Ce **droit** est **ouvert** à compter du **1er janvier 2019**, sauf pour les professions libérales pour lesquelles le dispositif entrera en vigueur le 1er janvier 2020 *(CSS, art. L. 131-6-1-1 modifié)*.
Pour informer les intéressées *(art. 74 de la LFSS)*, dès la réception de la déclaration de grossesse, l'organisme de recouvrement transmet à la femme un document l'informant de la possibilité d'obtenir un report de cotisations, à sa demande.

SIMPLIFICATION DE L'ACCÈS AU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

Suite à la remise du bilan d'étape de la mission relative à l'indemnisation des arrêts de travail, le gouvernement a déposé un amendement, approuvé par les députés en première lecture, visant à simplifier et faciliter l'accès au temps partiel thérapeutique. Ainsi, l'article 50 de la LFSS pour 2019 a supprimé l'obligation d'arrêt de travail à temps plein préalable pour bénéficier du temps partiel thérapeutique. Dès lors, l'indemnité journalière est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants :
– le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;
– l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé *(CSS, art. L. 323-3 modifié)*.
Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement seront déterminées par décret en Conseil d'État et ainsi « clarifiées afin d'assurer une incitation au maintien partiel de l'activité ou à sa reprise et de garantir une application simplifiée et homogène par les caisses d'assurance maladie », indique l'exposé des motifs de l'amendement.

AUTRES MESURES

L'article 29 de la loi modifie le premier alinéa de l'article L. 311-3 du Code de la sécurité sociale, qui traite des **exceptions** à l'**affiliation** au régime général pour les **experts** désignés par le juge judiciaire pour accomplir des expertises indépendantes et qui sont déjà affiliés à un régime de travailleurs non salariés. Cette modification fait suite à l'annulation pour excès de pouvoir par le Conseil d'État de l'article 1er du décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 qui fixait une liste de personnes non affiliées au régime général.

L'article 54 de la loi a créé un nouvel article dans le Code de la sécurité sociale visant à permettre que, lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de **risque sanitaire grave et exceptionnel**, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de **prise en charge renforcée des frais de santé** ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogatoires au droit commun, celles-ci puissent être prévues par décret, pour une durée maximum d'un an *(CSS, art. L. 16-10-1)*.

L'article 80 de la loi maintient au 1er janvier 2019 la **prise en charge** par les Cpam des **consultations et expertises médicales** ordonnées par le juge dans le cadre du **contentieux** de la **sécurité sociale**. Le cas échéant, les dépenses pourront être avancées par l'État, dans des conditions à définir par décret. Ces dépenses seront remboursées par la Cnam et réparties entre les différents régimes de sécurité sociale, dans des conditions définies par arrêté *(CSS, art. L. 142-11)*.

EXPÉRIMENTATION DE LA REPRISE D'ACTIVITÉ PENDANT LE CONGÉ MATERNITÉ

À partir du 1er janvier 2020, pour une durée de trois ans, sera menée une expérimentation destinée à adapter les règles du congé maternité à la réalité du travail indépendant *(art. 75 de la LFSS)*. Ainsi, les femmes pourront **continuer à percevoir des indemnités journalières** tout **en reprenant partiellement** et progressivement leur **activité** :

– à hauteur d'un jour par semaine, durant les quatre semaines suivant la période d'arrêt obligatoire de huit semaines ;

– et deux jours maximum par semaine, durant le reste du congé (soit quatre semaines).

Au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation, le gouvernement remettra au parlement un **rapport d'évaluation** de celle-ci.

Les jours travaillés ne donneront pas lieu à indemnisation, mais le **versement** des **indemnités journalières** pourra être **reporté** à l'issue du congé, dans la limite de dix jours maximum.

MODIFICATION DES CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT AUX IJ MALADIE ET MATERNITÉ

Toujours dans une logique d'harmonisation, les règles de versement des indemnités journalières (IJ) maternité mais également maladie sont rapprochées entre travailleurs indépendants et salariés *(art. 76 de la LFSS)*.

Ainsi, les **indépendants** n'ont **plus à justifier** « **d'être à jour** de [leurs] **cotisations annuelles** » pour bénéficier de ces prestations en espèces. Ils doivent toujours en revanche justifier d'une période minimale d'affiliation et d'un montant minimum de cotisations. Cette disposition s'applique aux arrêts de travail débutant à compter du 1er janvier 2019.

Pour conserver le mécanisme contributif lié au bénéfice des prestations, le revenu pris en compte pour le calcul des IJ sera, pour les arrêts débutant à compter du 1er janvier 2020, celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté de ses cotisations à la date de l'arrêt de travail (et non plus celle sur laquelle les cotisations ont été appelées) *(CSS, art. L. 622-3 modifié)*.

OCTROI D'UNE PENSION DE VIEILLESSE POUR INAPTITUDE SUBSTITUÉE À UNE PENSION D'INVALIDITÉ

Seuls les travailleurs indépendants bénéficiant d'une pension d'invalidité totale et définitive se voyaient attribuer automatiquement une pension de vieillesse au taux plein. La pension d'invalidité d'un travailleur indépendant peut toujours être remplacée, quelle que soit sa catégorie, par une pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, cette dernière pension étant versée à l'âge légal. En revoyant aux deux premiers alinéas de l'article L. 341-15 du Code de la sécurité sociale, la loi permet expressément aux indépendants de bénéficier de cette pension de vieillesse à l'âge légal mais également au taux plein (même si, à l'âge de 62 ans, la condition du nombre de trimestres requis n'est pas remplie), afin de mettre fin à la dissymétrie de traitement entre salariés et indépendants.

Cette mesure s'applique aux prestations versées au titre des arrêts de travail ayant débuté à compter du 1er janvier 2019 *(art. 76 de la LFSS)*.

SOURCES// • L. n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, JO 23 décembre • D. n° 2019-21 du 11 janvier 2019, JO 12 janvier • D. n° 2019-65 du 31 janvier 2019, JO 2 février

CONSULTER LES DOCUMENTS SUR :
liaisons-sociales.fr