

CONSEIL DE L'EUROPE

RAPPORT GENERAL

RELATIF AU

CODE EUROPEEN DE SECURITE SOCIALE

Présenté au nom de la France
Pour la période du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020

STRASBOURG

R A P P O R T

PRINCIPALES MODIFICATIONS INTERVENUES

DANS LA LEGISLATION FRANÇAISE

DE SECURITE SOCIALE

I. ASPECTS GENERAUX

A. Administration / Organisation

L'intégration de la sécurité sociale des indépendants au sein du régime général

La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, a adossé le régime social des indépendants (RSI) au régime général de sécurité sociale.

La réforme visant à supprimer le RSI a été mise en œuvre dès 2018 pour s'achever au 1^{er} janvier 2020 (période transitoire de deux ans). A compter du 1er janvier 2019, les travailleurs indépendants nouvellement enregistrés seront gérés par les CPAM pour leur couverture maladie.

Ce transfert de gestion est sans incidence sur le contenu des prestations et sur les cotisations. Le rapprochement en gestion facilite toutefois l'application aux travailleurs indépendants de règles plus favorables, en vigueur aujourd'hui pour les salariés.

Depuis le 1er janvier 2020, la Sécurité sociale pour les indépendants est intégrée au sein du régime général de la Sécurité sociale. Les travailleurs indépendants sont ainsi rattachés au régime d'assurance maladie et d'assurance vieillesse de base du régime général. Ces transferts se sont effectués automatiquement. L'assuré doit uniquement mettre sa carte vitale à jour.

L'intégration du régime des indépendants dans le système général facilite la carrière professionnelle des personnes, beaucoup moins linéaire qu'il y a quelques années. De nombreuses personnes connaissent aujourd'hui, au cours d'une même carrière professionnelle, une succession de périodes d'emploi salarié et de travail indépendant. Plus de 95% des créateurs d'entreprise étaient auparavant des salariés. Certains travailleurs ont plusieurs statuts professionnels à la fois.

Les différentes missions de la protection sociale des indépendants ont été progressivement confiées aux trois branches du régime général. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2020, les différentes parties de la protection sociale des indépendants sont gérées par un interlocuteur unique, pour chacune des trois branches du régime général, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent :

- *l'assurance-maladie* sera entièrement gérée par les CPAM ;
- *la retraite de base* sera entièrement gérée par les CARSAT (sauf pour les professions libérales qui gardent une caisse dédiée) ;
- *le recouvrement des cotisations* sera entièrement géré par les URSSAF.

La fin du régime de sécurité sociale spécifique pour les étudiants

La loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants¹ a programmé la fin du régime spécifique étudiant pour le 31 août 2019.

Cette réforme correspond à une simplification majeure pour l'étudiant. Elle supprime le processus d'affiliation et de ré-affiliation annuelle à une mutuelle d'étudiants pour la gestion des droits de base, source de complexité, d'incompréhensions et de délais injustifiés (en particulier concernant l'attribution d'une Carte Vitale). La seule démarche à opérer, désormais, est la mise à jour de la carte Vitale.

Cette réforme a été mise en place en deux temps :

- rattachement des étudiants au régime général de la sécurité sociale dès la *rentrée 2018* pour les nouveaux étudiants ;
- à compter de la *rentrée 2019*, tous les étudiants encore affiliés à une mutuelle étudiante pour la gestion de leurs droits de base (hors part complémentaire) sont automatiquement rattachés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leur lieu d'habitation, sans autre démarche à accomplir que la mise à jour de la carte vitale.

Seuls les nouveaux étudiants étrangers (hors UE/EEE/Suisse) devront accomplir des démarches en vue de leur affiliation. Un site internet dédié (traduit en français, anglais, espagnol, chinois) aux étudiants étrangers a été mis en place par l'Assurance maladie à la rentrée universitaire 2018. Il constitue un espace de dialogue privilégié entre les étudiants étrangers et l'Assurance maladie et permettra la saisie d'informations ainsi que le dépôt de pièces justificatives nécessaires à l'affiliation.

Les étudiants doivent en effet continuer de s'assurer pour la prise en charge de la part complémentaire de leur frais de santé auprès d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une institution de prévoyance, soit comme ayants droit de leurs parents, soit à titre individuel.

Pour les étudiants aux revenus les plus modestes, la couverture maladie universelle complémentaire permet d'accéder à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). La réforme de la complémentaire santé solidaire (cf. paragraphe spécifique la CSS se substitue à la CMU complémentaire et l'aide à la complémentaire santé ACS) bénéficie également à ces étudiants aux revenus modestes depuis le 1^{er} novembre 2019.

¹ Article L. 832-1 code de l'éducation : « *Les étudiants bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité dans les conditions prévues aux articles L. 160-1 à L. 160-18 du code de la sécurité sociale.* »

NOTA : Conformément à l'article 11 VI de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018, ces dispositions entrent en vigueur le 1er septembre 2018.

Toutefois :

1° Tant qu'elles ne remplissent pas à d'autres titres les conditions les conduisant à être rattachées à d'autres organismes pour la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité, les personnes rattachées au 31 août 2018 en tant qu'étudiants pour une telle prise en charge aux organismes délégataires mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, le demeurent au plus tard jusqu'aux dates mentionnées au 2° du présent VI. A compter de ces dates, la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité est assurée par les organismes du régime général ;

2° Sauf accord des parties sur des dates antérieures, il est mis fin au 31 août 2019 aux conventions et contrats conclus, pour le service des prestations dues aux étudiants, en application du troisième alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

Les droits et obligations des organismes délégataires pour le service des prestations dues aux étudiants, mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du même article L. 160-17, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, y compris les contrats de travail, qui sont afférents à la gestion leur ayant été confiée sont transférés de plein droit aux mêmes dates aux organismes d'assurance maladie du régime général. Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.

Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes délégataires, de l'application du présent 2° fait l'objet d'une indemnité s'il présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

La cotisation de sécurité sociale étudiante est supprimée pour tous les étudiants dès la rentrée 2018 (montant de 217€ en 2017).

Les mutuelles étudiantes pourront poursuivre leurs actions de prévention de santé, aux côtés de l'Assurance Maladie qui va développer de nouvelles actions de prévention pour les jeunes et continueront à proposer des complémentaires santé spécifiquement adaptées aux étudiants.

La complémentaire santé solidaire : fusion de la CMU-C et de l'ACS

L'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit l'extension de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS (aide à paiement d'une complémentaire santé).

A compter du 1er novembre 2019, l'ACS a donc été supprimée et la CMU-C est devenue la Complémentaire santé solidaire.

Cette réforme est intervenue suite aux constats que le dispositif de l'ACS n'avait pas atteint un taux de recours satisfaisant (le non-recours à l'ACS concernait la moitié des personnes éligibles) et les restes à charge sur des postes de soins importants (prothèses dentaires, optique, audiologie et autres dispositifs médicaux), demeuraient des freins pour l'accès au dispositif.

La Complémentaire santé solidaire permet à l'ensemble des bénéficiaires d'avoir accès à une large gamme de soins sans reste à charge pour l'assuré. Cette complémentaire santé permet ainsi de compléter le remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les consultations chez un professionnel de santé, les médicaments, les analyses médicales. Les lunettes et les prothèses dentaires et auditives, qui font partie du panier de soins 100 % santé et pour lesquelles le reste à charge pouvait être élevé dans le cadre du dispositif ACS, sont désormais intégralement prises en charge.

De plus, la Complémentaire santé solidaire, comme la CMU-C et l'ACS, permet de ne pas avancer les frais de santé et de bénéficier des tarifs sans dépassement chez les médecins et la plupart des autres professionnels de santé. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. En outre, les bénéficiaires sont toujours exonérés de toute participation forfaitaire de 1€ et de la franchise médicale².

Elle ne coûte rien pour les foyers dont les ressources les rendent actuellement bénéficiaires de la CMU-C (ressources de moins de 746 euros par mois pour une personne seule – 753 € au 1^{er} avril 2020) et représente un coût de moins de 1€ par jour et par personne pour les foyers aujourd'hui éligibles à l'ACS (ressources de moins de 1 007 euros par mois pour une personne seule – 1 016 € au 1^{er} avril 2020).

Lorsque l'étude des ressources du foyer conduit à attribuer une Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, son montant est déterminé, pour chaque membre du foyer, en fonction de l'âge du bénéficiaire au 1er janvier de l'année d'attribution (art. R.861-16-1 Code de la Sécurité Sociale).

L'arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion définit cinq tranches d'âge ainsi que les montants mensuels de la participation financière correspondant.

Age au 1er janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé	Montant mensuel de la participation financière
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

La complémentaire santé solidaire (sans ou avec participation financière) doit être renouvelée chaque année. Pour les bénéficiaires du RSA (revenu de solidarité active) et de l'Aspa (allocation de solidarité aux personnes âgées), le renouvellement est automatique.

Alors que 7,1 millions de personnes étaient couvertes fin juin 2019 par une complémentaire santé grâce à la CMU-C et à l'ACS, ce sont potentiellement plus de 10 millions de personnes qui y sont éligibles et pourront bénéficier de la Complémentaire santé solidaire.

Mesures Covid 19

Afin d'éviter les ruptures de droits des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé dont le bénéfice expirera au cours des prochains mois, *l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux* prolonge automatiquement de 3 mois les droits à la Complémentaire santé solidaire (CSS) et les contrats ACS arrivant à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet 2020 (article 1^{er}). Cette prolongation ne nécessite aucune démarche particulière. Ces contrats prolongés respecteront les mêmes conditions tarifaires qu'actuellement et les bénéficiaires auront accès au même montant d'aide que ceux auquel ils ont droit aujourd'hui.

B. Prestations / Cotisations

Covid 19 : report de cotisations et contributions sociales

L'une des premières mesures prises par le Gouvernement dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19 a été la possibilité donnée aux entreprises de reporter les échéances de cotisations et contributions sociales.

L'article 4 de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 prévoit la suspension des délais de recouvrement forcé des cotisations et contributions sociales entre le 12 mars 2020 et la fin du mois suivant celui de la cessation de l'état d'urgence sanitaire ².

Dès le 20 mars, les URSSAF ont mis en place un mécanisme de report de cotisations sociales largement ouvert à l'ensemble des entreprises, auquel l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 a donné une base légale³. Ainsi, pour la première échéance après le début du confinement, 3,8 Mds € sur les 9,4 Mds € attendus ont été reportés (40 %).

Le projet de loi de finances rectificatif déposé le 10 juin 2020 à l'Assemblée nationale prévoit une exonération d'une partie des cotisations patronales (sous réserve des évolutions possibles au moment de son vote ainsi que du décret d'application) :

- Pour les entreprises de moins de 250 salariés relevant des secteurs : des hôtels, cafés, restaurants, du tourisme, de l'événementiel, du sport, de la culture, du transport aérien ou dont l'activité est étroitement liée à celle des secteurs précités (transport de voyageurs, viticulture, pêche, blanchisserie...).
- Elle serait applicable sur la période du 1^{er} février au 31 mai 2020.
- Pour les entreprises de moins de 10 salariés ne relevant pas des secteurs précités, qui ont fait l'objet d'une décision de fermeture administrative. Elle serait applicable sur la période du 1^{er} février au 30 avril 2020.

L'exonération porterait sur les cotisations de Sécurité sociale, cotisations d'assurance-chômage, contribution solidarité autonomie, contribution fonds national d'aide au logement, dues sur les rémunérations versées aux salariés entrant dans le champ d'application de la réduction générale.

² Les délais régissant le recouvrement des cotisations et contributions sociales, non versées à leur date d'échéance, par les 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, de contrôle et du contentieux subséquent sont suspendus entre le 12 mars 2020 et la fin du mois suivant celui de la cessation de l'état d'urgence sanitaire déclaré par l'article 4 de la loi du 23 mars 2020 susvisée, le cas échéant, prolongé dans les conditions prévues par cet article. Par dérogation au précédent alinéa, la suspension des délais n'est pas applicable aux redevables qui font l'objet d'une procédure à la suite d'un constat à l'une des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. Les dates auxquelles doivent être souscrites les déclarations auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations et contributions sociales et les dates auxquelles doivent être versées les cotisations et contributions sociales dues restent régies par les dispositions en vigueur.

³ Article 4 modifié de l'ordonnance du 25 mars 2020

II. SOINS MEDICAUX

Déremboursement des médicaments homéopathiques

Il existe, en France, quatre taux de remboursement des médicaments :

- **100 %** pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- **65 %** pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- **30 %** pour les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales ;
- **15 %** pour les médicaments à service médical faible.

Le bien-fondé du remboursement des médicaments par l'assurance maladie est évalué par la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de s'assurer qu'ils présentent un intérêt thérapeutique suffisamment important.

La commission de la transparence (CT), composée d'experts indépendants, de la Haute Autorité de Santé a ainsi rendu le 26 juin 2019, un avis sur le service médical rendu par les médicaments homéopathiques, remboursés à 30%. À partir de l'ensemble des données médicales et scientifiques disponibles, elle a mis en évidence que ces médicaments n'avaient ni démontré leur efficacité dans les affections pour lesquels des données sont disponibles, ni démontré leur intérêt pour la santé publique notamment pour réduire la consommation d'autres médicaments. L'évaluation scientifique de la Haute Autorité de Santé a donc conclu que l'intérêt clinique de ces produits était insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale.

La Ministre des solidarités et de la santé a suivi l'avis de la HAS et a publié un décret et un arrêté visant à radier les médicaments homéopathiques de la liste des médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie au 1er janvier 2021 (*décret n° 2019- 904 du 30 août 2019 relatif à l'exclusion de préparations homéopathiques de la prise en charge par l'assurance maladie- Arrêté du 4 octobre 2019 mettant fin à la prise en charge par l'assurance maladie des préparations homéopathiques remboursables*).

Toutefois, un *Communiqué de Presse du Ministère des Solidarités et de la Santé du 10 juillet 2019*, a annoncé qu'une étape intermédiaire est prévue et consistera à abaisser le taux de remboursement de 30 à 15% au 1er janvier 2020. Cette démarche en deux temps doit permettre aux patients, prescripteurs et industriels concernés de s'adapter progressivement au déremboursement total au 1er janvier 2021.

Nouvelle modalité de remboursement des médicaments génériques

L'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a introduit à compter du 1^{er} janvier 2020 une nouvelle modalité de prise en charge des médicaments pour lesquels il existe des génériques, dans le but de favoriser davantage le recours aux médicaments génériques.

Auparavant, toute personne qui exigeait un médicament de marque au lieu du générique disponible que lui proposait le pharmacien était obligée de faire l'avance de frais. Et ce, depuis l'instauration en 2012 du dispositif « tiers payant contre générique ». L'assuré était, ensuite, remboursé par la branche maladie de la Sécurité sociale.

A compter du 1er janvier 2020, afin de favoriser davantage le recours aux génériques, le princeps n'est plus remboursé que sur la base du générique le plus cher en vigueur. L'assuré doit donc prendre à sa charge la différence de prix : les pharmaciens proposeront

systématiquement un générique aux patients se présentant avec une ordonnance contenant un médicament dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les patients conservent la possibilité de choisir le médicament non générique, mais, dans ce cas, ils seront remboursés sur la base du prix du générique le plus cher.

Une deuxième mesure s'applique aux professionnels de la santé eux-mêmes afin de mieux réguler les conditions dans lesquelles les médecins peuvent apposer la mention "non-substituable" sur leurs ordonnances et qui empêche les pharmaciens de proposer des génériques à la place des médicaments d'origine dits "princeps".

L'arrêté du 12 novembre 2019 tel que notamment modifié par l'arrêté du 30 janvier 2020 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique a déterminé certaines situations médicales très particulières pouvant justifier que les patients soient traités par un médicament non générique.

Ces situations médicalement justifiées ont été discutées avec les professionnels de santé, les patients et l'Agence nationale des produits de santé et sont au nombre de trois :

- le patient est traité et stable avec un médicament non générique dit « à marge thérapeutique étroite », afin d'assurer la stabilité de la dispensation,
- le patient est un enfant de moins de six ans, pour assurer la prise d'un médicament avec une forme galénique adaptée,
- le patient présente une contre-indication formelle à un excipient à effet notoire qui serait présent dans tous les médicaments génériques et absent dans le médicament non générique.

Dans ces trois situations, le médecin appose sur l'ordonnance la mention « non substituable », ainsi que la raison de cette non substituabilité. Le pharmacien dispense en conséquence le médicament médicalement adapté au patient, et le patient est remboursé sur la base du prix de ce médicament.

Covid 19 : la prise en charge des actes de téléconsultation par l'assurance maladie a été assouplie et élargie

Depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation pour tous les patients et sur tout le territoire sont pris en charge par l'Assurance maladie sous certaines conditions. Pour être remboursable, la téléconsultation doit respecter le parcours de soins : c'est-à-dire qu'elle doit passer par le médecin traitant ou par un spécialiste vers lequel le médecin traitant a orienté le patient. Le médecin traitant doit également avoir vu le patient dans les 12 derniers mois. Toutefois, en cas d'absence de médecin traitant ou de la non disponibilité du médecin traitant dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, ces téléconsultations doivent être effectuées par un regroupement territorial, de type communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), maison de santé pluri professionnelle (MSP) ou centre de santé.

→ Dès le 10 mars 2020 et jusqu'au 31 mai 2020, (*Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19*) les règles d'accès aux consultations en ligne remboursables ont été assouplies : les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus peuvent bénéficier

de téléconsultations même si elles n'ont pas de médecin traitant pratiquant la téléconsultation ni été orientées par lui ni été connues du médecin téléconsultant. Toutefois, ces téléconsultations doivent continuer à s'inscrire prioritairement dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées. Elles peuvent être réalisées en utilisant n'importe lequel des moyens technologiques actuellement disponibles pour réaliser une vidéotransmission (lieu dédié équipé mais aussi site ou application sécurisé via un ordinateur, une tablette ou un smartphone, équipé d'une webcam et relié à internet). Encouragée depuis le début de l'épidémie du coronavirus, la téléconsultation médicale restait, malgré tout, impossible à ces malades dépourvus de connexion en vidéo via un portable, une tablette ou un ordinateur : la téléconsultation par téléphone a donc été autorisée (*Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus*). Cette possibilité est également ouverte au suivi à distance par les infirmiers des patients atteints du Covid-19.

A compter du 23 avril 2020, (*Décret no 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret no 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus*), la réalisation de la téléconsultation par *téléphone*, si l'équipement du patient ne permet pas la vidéotransmission a été autorisée pour les personnes suivantes :

- les patients malades du Covid-19 ou susceptibles de l'être ;
- les patients en affection de longue durée ;
- les personnes de plus de 70 ans ;
- toute personne résidant dans une zone blanche (c'est-à-dire une zone non desservie par un réseau de téléphonie mobile ou par internet).

Ces consultations ont été prises en charge comme les autres téléconsultations dans le cadre de la crise sanitaire. Elles bénéficient :

- d'une exonération du ticket modérateur : l'Assurance maladie prend en charge 100 % des frais ;
- de la suppression de la participation (forfait de 1 €) et de la franchise.

Covid 19 : Création d'une consultation gratuite « bilan et vigilance » pour les personnes fragiles afin de rétablir les contacts avec le médecin traitant après le confinement

Le décret n° 2020-637 du 27 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus prévoit la création d'une consultation médicale spécifique prise en charge intégralement par l'assurance maladie obligatoire pour assurer le rétablissement de la continuité des soins des personnes à risques ou souffrant d'une affection de longue durée et pour les aider à vivre au mieux la phase de déconfinement.

Pendant le confinement, certains malades n'ont pas consulté leur médecin traitant par peur d'être contaminé ou craignant de surcharger les cabinets médicaux. Ce qui a pu avoir des conséquences sur leur santé.

Cette consultation médicale, dite « complexe » (cotée à ce titre à 46€ pour le médecin qui la réalise) s'adresse à tous les malades chroniques (hypertension, diabète...) ou les personnes reconnues à risque de développer une forme grave de Covid-19 (surpoids, obésité). Sont aussi concernées les femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse, les personnes âgées de 65 ans et plus.

Elle est proposée jusqu'au 30 juin 2020.

III. INDEMNITES DE MALADIE (Partie non ratifiée par la France)

Covid 19 : règles dérogatoires pour le versement des indemnités journalières maladie (IJSS)

Dès le 1^{er} février 2020 (*Décret no 2020-73 du 31 janvier 2020 modifié portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus*), des dérogations ont été mise en place pour que certains salariés puissent bénéficier d'indemnités journalières dès leur premier jour d'arrêt de travail, sans que soient remplies les conditions d'ouverture de droit relatives aux durées minimales d'activité ou à une contributivité minimale et sans l'application des délais de carence (3 jours en temps normal). Ont bénéficié de cette mesure, les salariés faisant l'objet d'une mesure d'isolement du fait d'avoir été en contact avec une personne malade du coronavirus ou d'avoir séjourné dans une zone concernée par un foyer épidémique de ce même virus et dans des conditions d'exposition de nature à transmettre cette maladie, les personnes vulnérables et les parents d'enfants ne pouvant être scolarisés en raison de la fermeture de l'établissement scolaire, sous réserve de ne pouvoir exercer son travail à distance.

Le délai de carence est également supprimé pour tous les assurés malades à compter du 24 mars et jusqu'au 10 juillet 2020 (fin de l'urgence sanitaire) (*article 8 de loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19*).

Il est, par ailleurs, prévu par l'*ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19* que les IJSS, versées au titre d'arrêt de travail débutant entre le 12 mars et la fin de l'état d'urgence sanitaire (10 juillet 2020), sont exclues du nombre maximum d'IJSS (en principe 360 maximum sur 3 années consécutives) ou de la période maximale du versement d'IJSS pour les ALD (3 ans). L'objectif est de ne pas pénaliser les assurés qui se trouvent en situations de fin de droit pendant cette période.

IV. PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Accès à l'assurance chômage des travailleurs indépendants sous certaines conditions

L'*article 51 de la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel* permet aux travailleurs indépendants de bénéficier d'un premier filet de sécurité pour rebondir lorsque leur activité connaît une liquidation judiciaire (articles L. 5424-25 et suivants du code du travail).

Le *décret n° 2019-796 du 26 juillet 2019* relatif aux nouveaux droits à indemnisation, à diverses mesures relatives aux travailleurs privés d'emploi et à l'expérimentation d'un journal de la recherche d'emploi permet de déterminer dans quelle condition les travailleurs indépendants peuvent bénéficier de cette indemnité.

Pour bénéficier de cette allocation des travailleurs indépendants, ils doivent respectées de façon cumulative les conditions suivantes :

1. Justifier d'une activité non salariée pendant une période minimale ininterrompue de 2 ans au titre d'une seule et même entreprise, dont le terme est la date du fait générateur d'ouverture du droit prévu à l'article L. 5424-25 (liquidation ou redressement judiciaire) ;
2. Être effectivement à la recherche d'un emploi au sens de l'article L. 5421-3 du code du travail ;
3. L'activité professionnelle devra avoir généré un revenu minimum de 10 000 € par an sur les deux dernières années, avant liquidation judiciaire.

Le décret n° 2019-976 du 20 septembre 2019 relatif à l'allocation des travailleurs indépendants fixe le montant journalier de l'allocation des travailleurs indépendants à :

- 26,30 € en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint Barthélémy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon (800 € par mois) ;
- 19,73 €, à Mayotte.

Et établit que la durée d'attribution de l'allocation est de cent quatre-vingt-deux jours calendaires (6 mois).

Les travailleurs indépendants répondant aux critères d'attribution recevront cette allocation forfaitaire sans avoir à payer de cotisation supplémentaire.

Cette disposition est devenue possible du fait que l'Unedic sera désormais alimentée, outre les cotisations patronales, par la CSG relevée pour l'occasion et payée par tous les Français et non plus seulement les salariés via des cotisations qui ont été supprimées parallèlement. Le financement de l'assurance chômage étant étendu, il apparaissait logique d'en faire profiter les indépendants.

Ces nouvelles dispositions sont applicables aux travailleurs indépendants dont l'entreprise fait l'objet d'un jugement d'ouverture de liquidation judiciaire ou d'une procédure de redressement judiciaire, prononcé ou engagée à compter du 1^{er} novembre 2019.

Covid 19 : instauration chômage partiel

Dès le 15 mars 2020, par communiqué de presse, le ministère du travail précisait que le télétravail devenait la règle impérative pour tous les postes qui le permettent (sur le recours au télétravail dans le cadre d'une épidémie, cf. l'article L. 1222-11 du code du travail). Toutes les entreprises dont l'activité s'est réduite du fait du coronavirus et notamment celles (restaurants, cafés, magasins, établissements sportifs couverts etc.) qui font ou ont fait l'objet d'une obligation de fermeture initialement en application de *l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19*, puis en application du 5° de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique, ont été éligibles au dispositif d'activité partielle.

Le décret n°2020-325 du 25 mars 2020 relatif à l'activité partielle⁴ met en œuvre cette procédure pendant la crise sanitaire pour faire face à la baisse de l'activité économique et éviter les risques de licenciement.

Les salariés du privé mis au chômage partiel par leur entreprise ont bénéficié d'une garantie de 84% du salaire net (soit 70 % de la rémunération antérieure brute), portée à 100% au niveau du smic, que l'État et l'assurance-chômage remboursent intégralement aux employeurs dans la limite de 4,5 smic, avec un minimum de 8,03 € par heure, quel que soit l'effectif de l'entreprise.

Ce même décret simplifie la procédure de recours à l'activité partielle, et réduit les délais de traitement des demandes. Ce dispositif exceptionnel s'applique avec effet rétroactif, à compter du 1^{er} mars 2020.

A compter du 1^{er} juin, les conditions de prise en charge de l'indemnité d'activité partielle ont été revues, pour accompagner la reprise progressive de l'activité économique, suite au déconfinement en date du 11 mai :

- L'indemnité versée au salarié est inchangée : pendant l'activité partielle, il perçoit 70 % de sa rémunération brute (environ 84% du salaire net), et au minimum le SMIC net.
- La prise en charge de cette indemnité par l'Etat et l'Unedic est de 85 % de l'indemnité versée au salarié, dans la limite (inchangée) de 4,5 SMIC. Les entreprises seront ainsi remboursées de 60% du salaire brut, au lieu de 70% précédemment.

Ainsi, les salariés indemnisés au titre de leur arrêt de travail continuent de l'être jusqu'au 30 avril 2020 et basculent dans le dispositif d'activité partielle à partir du 1^{er} mai.

Pour faire face à la crise sanitaire du Covid-19, le Gouvernement a ouvert à des personnes non malades le bénéfice d'arrêts de travail, leur permettant d'être indemnisés à ce titre par la sécurité sociale et de bénéficier du versement d'un complément de rémunération par leur employeur (cf. Covid 19 : règles dérogatoires pour le versement des indemnités journalières maladie (IJSS)).

Depuis le 1^{er} mai 2020 (article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020), afin d'éviter que ces salariés ne supportent une baisse de rémunération, mais aussi afin de protéger les finances de l'assurance maladie, certains de ces arrêts de travail dérogatoires sont désormais pris en charge au titre de l'activité partielle.

Sont visés par la mesure de basculement en activité partielle :

- les salariés considérés comme « personne vulnérable », c'est-à-dire les personnes présentant un risque élevé de développer une forme grave d'infection au virus SARS-Co V-2 (Covid-19) dont la liste est désormais fixée par décret (n° 2020-521 du 5 mai 2020) ; les salariés qui partagent le même domicile qu'une personne vulnérable ;
- les salariés, parents d'un enfant de moins de seize ans ou d'une personne en situation de handicap faisant l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile.

⁴ - Décret n° 2020-435 du 16 avril 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;
- Décret n° 2020-522 du 5 mai 2020 complétant le décret n° 2020-435 du 16 avril 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle ;
- Décret n° 2020-794 du 26 juin 2020 relatif à l'activité partielle ;
- Décret n° 2020-810 du 29 juin 2020 portant modulation temporaire du taux horaire de l'allocation d'activité partielle

Les arrêts de travail dérogatoires délivrés dans le cadre de la crise sanitaire aux salariés qui ont été en « contact étroit » avec une personne atteinte du Covid-19, comme les arrêts de travail de droit commun délivrés pour incapacité de travail (personne infectée par le Covid-19 ou suspectée de l'être), ne sont pas concernés par cette mesure de basculement et demeurent indemnisés par la Caisse primaire d'assurance maladie et, le cas échéant, par leur employeur.

Il en est de même des travailleurs non-salariés (travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs, stagiaires de la formation professionnelle, dirigeants de société relevant du régime général) qui continuent à bénéficier du dispositif antérieur.

La mise en chômage partiel des salariés n'est pas compatible avec le télétravail. Lorsqu'un employeur demande à un salarié de télétravailler alors que ce dernier est placé en activité partielle, cela s'apparente à une fraude et est assimilé à du travail illégal.

Le ministère du Travail a précisé les sanctions encourues aux entreprises dans ce cas précis. Ces sanctions sont cumulables :

- remboursement intégral des sommes perçues au titre du chômage partiel ;
- interdiction de bénéficier, pendant une durée maximale de 5 ans, d'aides publiques en matière d'emploi ou de formation professionnelle ;
- 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende, en application de l'article 441-6 du code pénal.

V. PRESTATIONS DE VIEILLESSE

Revalorisation des prestations servies par la branche vieillesse

Par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale qui prévoit la revalorisation annuelle, suivant le niveau de l'inflation, du montant de certaines prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, l'article 81 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 fixe cette revalorisation à 0,3 % pour l'année 2020 pour les pensions de vieillesse supérieures à 2 000 € (montant brut).

A l'inverse, les pensions inférieures à 2.000 euros, qui concernent les trois quarts des retraités (14 millions) seront réindexées sur la hausse des prix (1% selon les prévisions de l'INSEE).

VI. PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Révision de la procédure de reconnaissance

Le décret n° 2019-356 du 23 avril 2019 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général refond la procédure de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui soumet le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et son employeur à une instruction diligentée par l'Assurance maladie risques professionnels. Le décret vient renforcer l'information des parties sur les différentes étapes de l'instruction et aménage une phase de consultation et d'enrichissement du dossier.

Les dispositions du présent décret sont applicables aux accidents du travail et aux maladies professionnelles déclarés à compter du *1er décembre 2019*.

- S'agissant des accidents du travail, le texte se montre plus restrictif concernant le droit pour l'employeur d'émettre des réserves.

Rappelons que l'employeur est tenu de déclarer tout accident du travail dont il a été informé par la victime. Cependant, il peut émettre des réserves sur l'accident du travail, à condition de les motiver. Aucun délai n'était imparti à l'employeur pour émettre ces réserves (les réserves devaient juste parvenir à la caisse avant qu'elle ne rende sa décision). Le décret du 23 avril instaure un délai de dix jours francs, à compter de la déclaration d'accident, pour que l'employeur émette des réserves motivées auprès de la caisse.

Le délai d'instruction en cas de réserves motivées de l'employeur – et, par suite, d'investigations complémentaires conduites par la caisse – demeure fixé à trois mois.

- L'évolution des maladies professionnelles pose la question de l'adaptation des règles de leur reconnaissance. À côté de la procédure fondée sur des tableaux décrivant les conditions pour bénéficier d'une indemnisation (délai de prise en charge, durée d'exposition au risque et liste indicative ou limitative des travaux effectués), il existe des procédures particulières autorisant la reconnaissance de pathologies « hors tableau », qui prévoient que la maladie peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Ces procédures se sont développées et ont permis de reconnaître un peu plus de 9 500 maladies, soit 20 % des maladies reconnues en 2018.

Le délai de reconnaissance des maladies professionnelles relevant d'un tableau est réduit de 6 mois à 4 mois (120 jours francs). Durant cette période, 100 jours sont consacrés à une investigation pour établir que toutes les conditions prévues par ce tableau sont bien remplies, et 20 jours sont consacrés à une phase contradictoire comme pour un accident du travail ou de trajet.

Si la maladie du salarié ne fait pas partie d'un tableau de maladie professionnelle ou si les conditions indiquées dans ce tableau ne sont pas remplies, son dossier sera examiné par un comité d'experts médicaux qui statuera au plus tard dans un délai de 4 mois supplémentaires.

- Une procédure spécifique pour les rechutes : il n'existait pas de procédure spécifique de reconnaissance des rechutes et nouvelles lésions. La nouvelle formule y remédie et leur consacre une procédure unifiée (maladies et accidents). La CPAM a 60 jours francs à compter de la réception du certificat médical de la rechute ou de la nouvelle lésion pour statuer sur son caractère professionnel et sur son lien avec la maladie ou l'accident précédent.

Là aussi, l'employeur a 10 jours francs à compter de la date de réception du courrier de la CPAM pour émettre des réserves (au médecin conseil ou directement à la caisse).

À noter, dans le cas où la rechute ou la nouvelle lésion intervient avant que la CPAM ait eu le temps de statuer sur le caractère professionnel du 1^{er} sinistre, le point de départ du délai de 60 jours est repoussé à la date de la reconnaissance de ce sinistre.

Dématérialisation de la notification du taux AT/MP

L'article 83 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit la notification par voie électronique du taux de cotisation AT-MP.

Les dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2019 fixant les modalités de la notification électronique des décisions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 242-5 ont apporté des précisions ont été apportées sur la mise en application de ces dispositions.

La notification du taux de cotisation AT/MP et du classement dans les différentes catégories de risques s'effectue actuellement par courrier simple pour les établissements à tarification collective (moins de 20 salariés) et par lettre recommandée avec accusé de réception pour les établissements à tarification mixte ou individuelle.

La notification par voie électronique est désormais obligatoire pour toutes les entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à 150 salariés, dès le 1er janvier 2020, à l'exception de celles ayant demandé un décalage de cette mesure au 1er janvier 2021.

Dans les entreprises dont l'effectif est inférieur à 150 salariés et redevables de la cotisation AT/MP, la notification par voie électronique sera obligatoire à compter d'une date fixée par décret (non encore publié), en fonction des effectifs des entreprises, et au plus tard à compter du 1er janvier 2022.

Cette notification s'opèrera par le biais du « Compte AT/MP », disponible sur le site [Net-Entreprises](#).

Dans les faits, la majorité des employeurs disposent déjà d'un tel accès. Le caractère nouveau de cette disposition réside donc dans la généralisation du processus dématérialisé et son aspect contraignant, puisque des pénalités sont prévues en cas de non-souscription.

Le texte prévoit que la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail adresse à l'adresse électronique de l'employeur, que ce dernier maintient à jour, un avis de dépôt l'informant qu'une décision est mise à sa disposition et qu'il a la possibilité d'en prendre connaissance. Cet avis mentionne la date de mise à disposition de la décision, les coordonnées de l'organisme auteur de la décision et informe l'employeur qu'à défaut de consultation de la décision dans un délai de quinze jours à compter de sa mise à disposition, cette dernière est réputée notifiée à la date de sa mise à disposition.

La mesure relative à la notification dématérialisée générera une économie sur l'affranchissement de 1,9 million de courriers, soit 0,95 M€ par an compter de 2021.

VII. PRESTATIONS AUX FAMILLES

Création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant

L'article 72 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un congé de paternité lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée.

Le Décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant autorise, à compter du 1^{er} juillet 2019, les pères dont le nouveau-né est hospitalisé dans une unité de soins spécialisés après l'accouchement à bénéficier d'un congé de paternité supplémentaire 30 jours consécutifs au maximum. Il doit être pris dans les quatre mois suivant la naissance du bébé et s'ajoute aux 11 jours de congé de paternité (ou 18 jours en cas de naissances multiples) et aux trois jours de naissance pour les salariés.

Ce congé s'applique à tous les régimes de sécurité sociale et suit les mêmes modalités d'indemnisation que celles du congé de paternité actuel, soit le versement d'une indemnité journalière pour tous les salariés (égale au gain journalier de base et plafonnée par la sécurité sociale à 89,03 euros par jour) et les travailleurs indépendants (56,35 euros). Les exploitants agricoles se verront de leur côté attribuer une allocation de remplacement de l'ordre de 151 euros par jour.

Indemnisation du congé proche aidant

L'article 68 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit l'indemnisation du congé de proche aidant.

Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, **qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne** (Article 51 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)⁵.

Portant sur trois mois ouvrés sur l'ensemble de la carrière, la mesure permettra de répondre à la fois à un besoin de soutien régulier et étalé dans le temps et à un besoin urgent et ponctuel. L'allocation pourra en effet indemniser des jours pris consécutivement, de manière fractionnée ou en complément d'une activité à temps partiel. Le montant de cette allocation sera fixé à un niveau équivalent à celui de l'allocation journalière de présence parentale : 43 euros par jour pour les personnes vivant en couple et 52 euros par jour pour une personne seule. L'allocation sera assujettie à prélèvements sociaux (CSG 6,20% : revenu remplacement). Elle sera versée par les caisses d'allocations familiales et les caisses de la mutualité sociale agricole, sur demande du proche aidant, à travers une télé-procédure simple. Les proches aidants pourront avoir accès simplement au compteur des jours indemnisés qu'il leur reste à prendre. (Dossier PLFSS 2020 – Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi – Octobre 2019).

Le décret fixant les modalités d'attribution de cette indemnisation n'a pas encore été publié.

Covid 19 : report de l'entrée en vigueur de la réforme de l'intermédiation financière des pensions alimentaires

L'article 72 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit la mise en place d'un service public de versement des pensions alimentaires à compter du 1er juin 2020.

Ce service, destiné aux parents isolés, vise à réduire les impayés. Sur décision du juge aux affaires familiales ou si un impayé est constaté, les caisses d'allocations familiales pourraient intervenir en tant que tiers payant, en prélevant la pension sur les ressources du parent payeur et en la reversant au parent bénéficiaire de façon automatique. Ainsi, les Caisses d'allocations familiales (CAF) se substituent, de manière immédiate et automatique, au parent mauvais payeur. Charge à elles, dans un second temps, de recouvrer les sommes directement auprès du débiteur défaillant. En France, le taux d'impayés des pensions alimentaires est

⁵ Nouvel article L.113-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

particulièrement important, oscillant entre 30 et 40 %. Le nouveau mécanisme vise à éviter le glissement de nombreuses familles monoparentales dans la pauvreté.

La mise en place de ce nouveau mécanisme devait intervenir le 1er juin 2020 pour toute nouvelle séparation, puis être généralisée à compter du 1er janvier 2021 à tous les parents qui en font la demande.

Toutefois, en raison de la crise sanitaire, la première étape du dispositif n'a pas été mise en place au 1er juin et doit être décalée de quelques mois. *L'article 35 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne* précise qu'un décret fixera une nouvelle date de mise en œuvre, au plus tard le 1er janvier 2021.

VIII. PRESTATIONS DE MATERNITE

Pas de modification législative durant la période de référence.

IX. PRESTATIONS D'INVALIDITE

Pas de modification législative durant la période de référence.

X. PRESTATIONS DE SURVIVANTS (Partie non ratifiée par la France)

Pas de modification législative durant la période de référence.

XI. FINANCEMENT

Depuis 2010, une maîtrise résolue des dépenses combinée à l'apport de recettes nouvelles, la réduction du déficit de la Sécurité sociale a pu être engagée. Au terme d'une amélioration continue de la situation financière depuis 2010, le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV), qui atteignait - 7,0 Md€ en 2016, s'est de nouveau réduit à -4,8 Md€ en 2017 puis à -1,4 Md€ en 2018.

Le *déficit 2019* du régime général et du FSV s'établit finalement à -1,9 Md€, après -1,2 Md€ en 2018. **Le régime général est quasiment à l'équilibre (-0,4 Md€)** et le FSV voit son déficit ramené à -1,5 Md€. Cette amélioration de 3,5 Md€ constatée en fin d'exercice par rapport à l'estimation révisée de la LFSS pour 2020 s'explique à hauteur de 2,4 Md€ par des recettes supérieures aux attentes en matière de cotisations sociales (+1,3 Md€) et de CSG (+1,1 Md€). Si les recettes assises sur les revenus du secteur privé ont été proches de la prévision (+0,2 Md€), les prélèvements acquittés par les travailleurs indépendants ont été supérieurs de 1,2 Md€, traduisant une dynamique élevée de leurs revenus 2018 qui servent d'assiette au calcul final des prélèvements sociaux de 2019. De plus, les recettes des salariés agricoles ont été supérieures de 0,3 Md€ aux prévisions. Les recettes assises sur les revenus du capital ont été plus élevées de 0,7 Md€, cette dynamique concernant la plupart des revenus taxés (plus-values immobilières, dividendes, assurance-vie notamment). A l'inverse, les autres impôts affichent un rendement globalement inférieur à la prévision de 0,5 Md€ (forfait social -140 M€, taxes tabac -130 M€, taxe sur les salaires -150 M€). Les prestations sociales ont été inférieures de 0,8 Md€ à la prévision. La branche retraite explique la moitié de cet écart, notamment au titre du minimum contributif, et l'ONDAM a été respecté avec une légère sous

exécution à hauteur de 60 M€. Les dépenses de gestion administrative ont été inférieures de 0,3 Md€ à la prévision.

Au total, même si le seul régime général a terminé l'année dans une situation proche de l'équilibre, l'augmentation du déficit du régime général et du FSV interrompt une trajectoire de retour progressif vers l'équilibre amorcée en 2011, après la récession provoquée par la crise financière de 2008-2009.

Pourtant, *la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (LFSS)* prévoit un **déficit** combiné du régime général (famille, maladie, vieillesse et accidents du travail) et du fonds de solidarité vieillesse **de 5,4 milliards d'euros** en 2020. Le déficit prévu dans le projet de loi était de 5,1 milliards. Il a été relevé, lors du vote par le Parlement, pour tenir compte du plan d'urgence pour l'hôpital public présenté par le gouvernement le 20 novembre 2019 et de son financement à hauteur de 300 millions d'euros.

Dès lors, la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), fixé initialement à 2,3 % a été votée à 2,45 %, soit un total de 205,6 milliards d'euros.

En 2020, les dépenses du régime général et du fonds de solidarité vieillesse sont estimées à 415,1 milliards d'euros, contre 405,6 milliards en 2019.

Seules les branches accidents du travail et famille resteraient excédentaires en 2020.

Ce déficit est en partie la conséquence de la crise des "gilets jaunes" et d'une conjoncture économique moins bonne qu'espérée et le retour à l'équilibre souhaité pour 2019 est repoussé à 2023.

La loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 a porté plusieurs mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) pour répondre aux attentes des citoyens en matière de pouvoir d'achat et de justice sociale. Ces mesures (taux réduit de CSG pour certains retraités, exonération des cotisations sociales des heures supplémentaires...) représentent un coût total de plus de 10 Md€ pour les finances publiques et correspondent notamment à la mise en œuvre anticipée de mesures planifiées sur la période 2019-2022. Ces mesures n'ont pas été compensées par l'Etat à la sécurité sociale. De surcroît, les perspectives de croissance, moins favorables qu'escompté en raison notamment d'un environnement international moins porteur, retardent le retour à l'équilibre de la Sécurité sociale.

L'impact de la crise sanitaire sur le budget de la sécurité sociale

La commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2020 a constaté le déficit record de **52 milliards d'euros** du budget de la sécurité sociale dû à la crise du Covid-19 qui va plonger toutes ses branches dans le rouge cette année, en premier lieu l'assurance maladie. Aucune ne sera épargnée: pour la première fois depuis 2012, les quatre branches de la sécurité sociale seront déficitaires en 2020, plombées par le coronavirus, le confinement et la récession qui en résulte, avec une contraction brutale des recettes (cotisations, impôts) estimée à 42,8 milliards d'euros.

La branche maladie subira la dégradation la plus spectaculaire, avec un déficit estimé à 31,1 milliards, aussi creusé par une forte hausse des charges. Les mesures exceptionnelles décidées pendant la crise (achats masques et matériels, primes et heures supplémentaires, arrêts de travail, tests de dépistage...) coûteront en effet de l'ordre de 12 milliard", en partie compensés par une baisse de 4 milliards des dépenses de soins de ville (médecins libéraux, kinés, dentistes, infirmiers, pharmacies...).

La branche retraite enregistrera pour sa part une perte de 14,9 milliards, essentiellement liée à la chute des recettes, même si ses comptes avaient déjà basculé dans le rouge l'an dernier, malgré le quasi-gel des pensions.

La branche famille, dans le vert depuis deux ans au prix de coups de rabot répétés sur les prestations, plongera également (-3,1 milliards), bien que ses dépenses reculeront encore légèrement.

Même la petite branche "accidents du travail", excédentaire depuis sept ans, n'y échappera pas (-0,7 milliard) en dépit d'une diminution des sinistres pendant la période de confinement. Enfin, le fonds de solidarité vieillesse (FSV), chroniquement déficitaire, affichera un solde négatif de 2,1 milliards, en raison notamment de la revalorisation du minimum vieillesse.

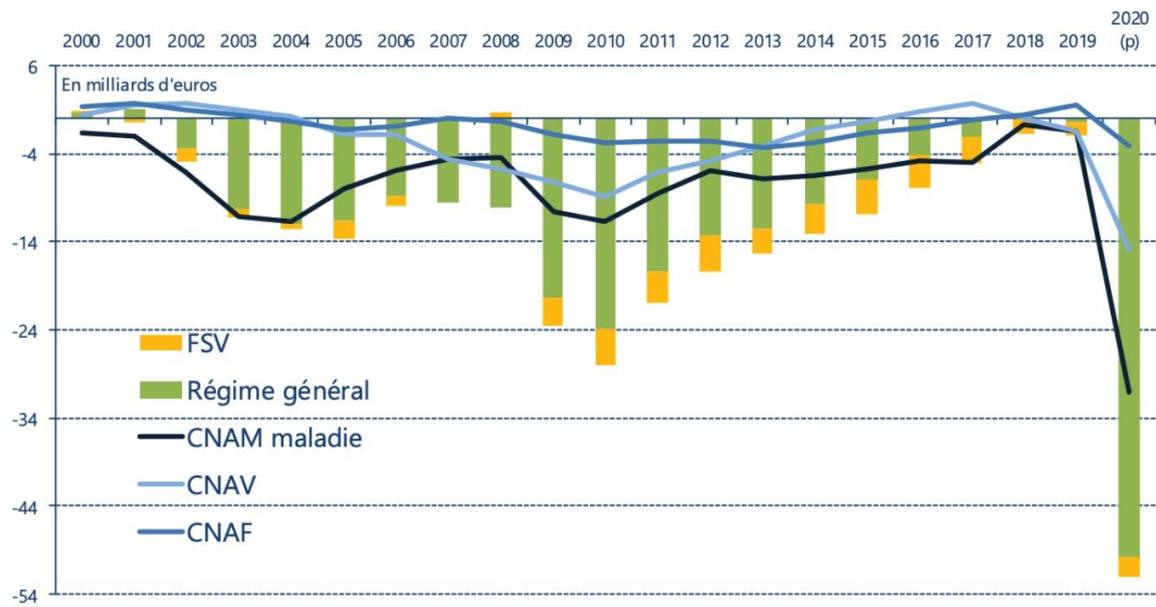
L'élargissement des conditions de recours à l'activité partielle a conduit à une hausse très forte du taux de recours des entreprises pour plus de 12 millions de salariés selon le ministère du travail au 6 mai 2020.

Ce recours n'est pas neutre pour la sécurité sociale, à un double titre : les allocations d'activité partielle sont exonérées de cotisations sociales et conduisent par ailleurs dans tous les cas où l'employeur ne compléterait pas l'indemnité pour atteindre 100 % du salaire antérieur à une diminution de l'assiette de la CSG et de la CRDS.

Dans ce cadre, le Gouvernement, afin d'assurer le bon fonctionnement des dispositifs d'organisation de la sécurité sociale a autorisé certaines opérations financières :

- le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), a été relevé dès le 25 mars par décret de 39 à 70 Mds € afin d'assurer la continuité du financement, par l'emprunt, des prestations versées par le régime général de la sécurité sociale ; en cas d'urgence, il pourrait certainement être relevé rapidement par décret en Conseil d'État et sera validé a posteriori par le Parlement lors de la prochaine LFSS ;
- l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale a par ailleurs facilité les conditions d'emprunt d'organismes hors sécurité sociale auprès de l'ACOSS (notamment les régimes de retraite complémentaire).

Graphique 1 • évolution des soldes du régime général de sécurité sociale et du FSV de 2000 à 2020



Source : DSS

RAPPORT GENERAL
RELATIF AU
CODE EUROPEEN DE SECURITE SOCIALE

Présenté au nom de la France
Pour la période du 1^{er} juillet 2019 au 30 juin 2020

STRASBOURG