

N° 25

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

20 novembre 2018

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2019

Le Sénat a modifié, en première lecture, le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^e législature) : **1297, 1336, 1309** et T.A. **187**.

Sénat : **106, 111** et **108** (2018-2019).

**PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017**

Articles 1^{er} et 2

(Conformes)

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018**

Articles 3 à 6

(Conformes)

**TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

TITRE I^{ER}

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU
RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

CHAPITRE I^{ER}

Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs

Article 7

(Conforme)

Article 7 bis A (nouveau)

- ① I. – Après l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 241-14 ainsi rétabli :
- ② « Art. L. 241-14. – I. – Pour chaque salarié sapeur-pompier volontaire employé, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des

assurances sociales et des allocations familiales, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4, la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction de 3 000 euros par an pendant cinq ans, dans la limite de 15 000 euros par an.

- ③ « II. – Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié sapeur-pompier volontaire et pour chacun de leur contrat de travail.
- ④ « La rémunération prise en compte est celle définie à l'article L. 242-1 du présent code. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté.
- ⑤ « III. – Le montant total de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque entreprise, selon un système déclaratif. L'octroi de l'attribution prévue au second alinéa du II du présent article est subordonné à la présentation, par l'employeur, d'une attestation délivrée par le service d'incendie et de secours dont relève le sapeur-pompier volontaire. »
- ⑥ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Il est applicable à tout salarié nouvellement recruté ou ancien salarié devenu sapeur-pompier volontaire après l'entrée en vigueur du même I.
- ⑦ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale des I et II est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 7 bis B (nouveau)

- ① I. – Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 est en outre subordonné à la condition que les opérations

d'assurance concernées respectent les prestations et tarifs définis, le cas échéant, par les conventions collectives. »

- ② II. – Au 5° de l'article L. 2253-1 du code du travail, les mots : « à l'article L. 912-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 911-1, L. 911-2 et L. 912-1 ».
- ③ III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 7 bis

(Supprimé)

Article 8

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A Au dernier alinéa de l'article L. 131-7, la référence : « L. 241-6-4, » est supprimée ;
- ③ 1° Le second alinéa du I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :
- ④ a) À la fin de la deuxième phrase, les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- ⑤ b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ⑥ 2° L'article L. 241-2-1 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Les mots : « mentionnées au 1° du II de l'article L. 241-2 » sont remplacés par les mots : « d'assurance maladie » ;
- ⑧ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du présent code. » ;

- ⑩ 3° À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, après le mot : « mentionnée », sont insérés les mots : « au III de l'article L. 241-10 et » ;
- ⑪ 4° L'article L. 241-6-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Les mots : « mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 » sont remplacés par les mots : « d'allocations familiales » ;
- ⑬ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « La réduction est également applicable aux rémunérations des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du code du travail affiliés à un régime mentionné à la section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du présent code. » ;
- ⑮ 5° L'article L. 241-6-4 est abrogé ;
- ⑯ 6° Le III de l'article L. 241-10 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Après le 3°, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail.
- ⑲ « Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %.

- ⑳ « Pour les structures définies à l'article L. 5132-7 du code du travail, lorsque la rémunération est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %. » ;
- ㉑ *b)* Au début du cinquième alinéa, les mots : « Cette exonération s'applique » sont remplacés par les mots : « Ces exonérations s'appliquent » ;
- ㉒ 7° L'article L. 241-11 est abrogé ;
- ㉓ 8° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :
- ㉔ *a)* (*nouveau*) Le VI est ainsi modifié :
- ㉕ – le premier alinéa est complété par les mots : « ainsi qu'avec l'application du dispositif d'assiette forfaitaire résultant du IV de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi pour l'intégralité des revenus tirés de l'activité de portage de presse » ;
- ㉖ – au second alinéa, les mots : « du cas » sont remplacés par les mots : « des cas » ;
- ㉗ *b)* Le VII est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ㉘ « Pour les salariés expatriés mentionnés au *a* de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au *e* du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.
- ㉙ « Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'État en application du même article L. 133-9. » ;
- ㉚ 9° Au début du II de l'article L. 243-6-1, les mots : « Le I est également applicable lorsque le cotisant » sont remplacés par les mots :

« La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, » ;

③① 9° *bis* Au II de l'article L. 243-6-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, » ;

③② 9° *ter* Au II de l'article L. 243-6-2, à la seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 243-6-7, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « , sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 » ;

③③ 10° L'article L. 752-3-2 est ainsi modifié :

③④ a) Les I à IV sont ainsi rédigés :

③⑤ « I. – En Guadeloupe, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans les conditions définies au présent article.

③⑥ « II. – L'exonération s'applique :

③⑦ « 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

③⑧ « 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs et de nautisme s'y rapportant, de l'hôtellerie, des services aéroportuaires, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code

des douanes de l'Union et celles exerçant une activité de comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises ;

- ③⑨ « 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :
- ④⑩ « a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Martinique, La Réunion et Saint-Martin ;
- ④① « b) La liaison entre ces départements ou collectivités, ainsi qu'avec les pays de leurs environnements régionaux respectifs ;
- ④② « c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Martinique, de La Réunion ou de Saint-Martin.
- ④③ « Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou à Saint-Martin ;
- ④④ « 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Martinique, de La Réunion ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ou de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
- ④⑤ « III. – A. – Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II et ceux mentionnés au 2° du même II relevant des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 150 %.
- ④⑥ « B. – Pour les employeurs, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs mentionnés au 2° du II, à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle, et pour les entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité, lorsque le revenu d'activité de l'année

est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 80 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 200 %.

- ④⑦ « IV. – Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, en fonction des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1.
- ④⑧ « Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, la valeur du salaire minimum de croissance prise en compte pour la détermination de l'exonération est celle qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont employés.
- ④⑨ « Lorsque les exonérations mentionnées au III du présent article sont décroissantes, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du taux de l'exonération est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.
- ⑤⑩ « Pour les particuliers employeurs, l'exonération se cumule avec la déduction forfaitaire mentionnée au 3° du I *bis* de l'article L. 241-10. » ;
- ⑤⑪ *b)* Le VIII est abrogé ;
- ⑤⑫ 11° (*nouveau*) Après l'article L. 752-3-2, sont insérés des articles L. 752-3-3 et L. 752-3-4 ainsi rédigés :
- ⑤⑬ « Art. L. 752-3-3 – I. – En Guyane, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.
- ⑤⑭ « II. – L'exonération s'applique :

- ⑤ « 1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du même code, occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;
- ⑥ « 2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;
- ⑦ « 3° Aux entreprises de transport aérien assurant :
- ⑧ « a) La liaison entre la métropole et la Guyane ;
- ⑨ « b) La liaison entre la Guyane et la Guadeloupe, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ;
- ⑩ « c) La desserte intérieure de la Guyane.
- ⑪ « Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés en Guyane ;
- ⑫ « 4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guyane, ou la liaison entre les ports de la Guyane et ceux de la Guadeloupe, de la Martinique, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.
- ⑬ « III. – A. – Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 *quater* C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :

- ⑥4 « Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de ses revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %.
- ⑥5 « Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %.
- ⑥6 « B. – Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :
- ⑥7 « 1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;
- ⑥8 « 2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. À partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la

rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

- ⑥9 « IV. – Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guyane respectant les conditions suivantes :
- ⑦0 « 1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;
- ⑦1 « 2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;
- ⑦2 « 3° Être soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition.
- ⑦3 « Les conditions prévues aux 1° et 2° du présent IV s'apprécient à la clôture de chaque exercice.
- ⑦4 « Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %.
- ⑦5 « Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.
- ⑦6 « V. – Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités

mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues aux articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

- ⑦⑦ « Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.
- ⑦⑧ « VI. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.
- ⑦⑨ « Les exonérations prévues au présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.
- ⑧⑩ « VII. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.
- ⑧⑪ « Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du même code, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.
- ⑧⑫ « VIII. – Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV du présent article sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée

par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.

⑧③ « Art. L. 752-3-4 – I. – À Saint-Barthélemy, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et les particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de la sécurité sociale, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions définies au présent article.

⑧④ « II. – L'exonération s'applique :

⑧⑤ « 1° Aux employeurs occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif passe au-dessous de onze salariés ;

⑧⑥ « 2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement ;

⑧⑦ « 3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

⑧⑧ « a) La liaison entre la métropole, la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ;

⑧⑨ « b) La liaison entre Saint-Barthélemy et ces départements ou collectivités.

⑨⑦ « Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement aux dessertes mentionnées au b du présent 3° et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

- ⑨① « 4° Aux employeurs assurant la desserte maritime de Saint-Barthélemy, ou la liaison entre les ports de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin.
- ⑨② « III. – A. – Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II du présent article et ceux mentionnés au 2° du même II relevant des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle, lorsque le montant du revenu d'activité de chaque mois civil, pour chaque salarié, tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur, mentionnées au I du présent article. À partir de ce seuil, la part du revenu d'activité sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.
- ⑨③ « B. – Pour les employeurs, quel que soit leur effectif, relevant des secteurs mentionnés au 2° du II, à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle, lorsque le montant du revenu d'activité de chaque mois civil, pour chaque salarié, tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I du présent article. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. À partir du seuil égal au salaire minimum majoré de 150 %, la part du revenu d'activité sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.
- ⑨④ « V. – Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise à Saint-Barthélemy, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise y compte plusieurs établissements. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

- ⑨⑤ « Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.
- ⑨⑥ « VI. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.
- ⑨⑦ « Les exonérations prévues au présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.
- ⑨⑧ « VII. – Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.
- ⑨⑨ « Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du même code, de la commission d'une des infractions mentionnées au premier alinéa du présent VII, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues au présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.
- ⑩⑩ « VIII. – Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance. »
- ⑩① *I bis.* – Les exonérations prévues aux 6°, 10° et 11° du I donnent lieu à compensation par le budget général de l'État.

- ⑩② II. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑩③ 1° A (*nouveau*) Au premier alinéa du I de l'article L. 712-1, la référence : « L. 741-5 » est remplacée par la référence : « L. 741-7 » ;
- ⑩④ 1° L'article L. 741-5 est abrogé ;
- ⑩⑤ 2° L'article L. 741-16 est ainsi modifié :
- ⑩⑥ a) Le premier alinéa du I est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑩⑦ « I. – Les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles sont exonérés des cotisations mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs occasionnels qu'ils emploient.
- ⑩⑧ « Pour l'application du premier alinéa du présent I, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale figurant à l'article L. 241-13 du même code sont remplacées par les cotisations de la retraite complémentaire obligatoire des salariés versées aux institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 727-2 du présent code. » ;
- ⑩⑨ b) Au VII, les mots : « l'exonération prévue à l'article L. 741-5 du présent code et de » sont supprimés ;
- ⑩⑩ 3° (*Supprimé*)
- ⑩⑪ 4° L'article L. 741-16-1 est abrogé ;
- ⑩⑫ 5° (*nouveau*) Les articles L. 741-17 et L. 751-20 sont abrogés.
- ⑩⑬ III. – (*Non modifié*)
- ⑩⑭ III bis (*nouveau*). – À la seconde colonne de la soixante-troisième ligne du tableau constituant le second alinéa du I de l'article L. 5785-1 du code des transports, la référence : « n° 2016-816 du 20 juin 2016 » est remplacée par la référence : « n° du de financement de la sécurité sociale pour 2019 ».
- ⑩⑮ IV, IV bis et V à VII. – (*Non modifiés*)

- ①16 VIII (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de l’extension aux chambres consulaires de la réduction de six points des taux de cotisation d’assurance maladie est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ①17 IX (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de la définition de régimes spécifiques d’exonérations de cotisations et contributions sociales pour les employeurs établis en Guyane et à Saint-Barthélemy est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ①18 X (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l’inclusion des particuliers employeurs dans le dispositif d’exonérations de cotisations et contributions sociales prévu à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, et du cumul de cet avantage avec la déduction forfaitaire définie à l’article L. 241-10 du même code est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ①19 XI (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l’inclusion des secteurs du nautisme, des services aéroportuaires et des activités de comptabilité, de conseil aux entreprises, d’ingénierie ou d’études techniques à destination des entreprises dans le dispositif d’exonérations de cotisations et contributions sociales prévu à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ①20 XII (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l’élargissement des personnels des entreprises du secteur du transport aérien dont la rémunération est prise en compte pour le calcul des exonérations de cotisations et contributions sociales prévu à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ①21 XIII (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l’augmentation des rémunérations retenues pour le calcul des exonérations de cotisations et contributions sociales prévues à l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est compensée, à due

concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

⑫ XIV (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du maintien du profil de l'exonération actuellement définie à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

⑬ XV (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du *a* du 8° du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 8 bis A (*nouveau*)

① I. – Après l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1 B ainsi rédigé :

② « *Art. L. 161-22-1 B.* – L'article L. 161-22 ne fait pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité de remplacement dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé pour une durée cumulée n'excédant pas vingt-quatre mois. Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité de remplacement sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 € annuels. »

③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 8 bis

(Supprimé)

Articles 8 ter et 9

(Conformes)

Article 9 bis

- ① I. – L'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 758-1.* – En Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, le tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques, prévu à l'article L. 245-9 pour les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru produits et consommés sur place est fixé à :
- ③ « 1° 168 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2020 ;
- ④ « 2° 246 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2021 ;
- ⑤ « 3° 325 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2022 ;
- ⑥ « 4° 403 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2023 ;
- ⑦ « 5° 482 euros par hectolitre d'alcool pur à compter du 1^{er} janvier 2024. »
- ⑧ II. – L'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 9 ter (nouveau)

① I. – Après le chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre premier du code général des impôts, il est inséré un chapitre I^{er bis} ainsi rédigé :

② « CHAPITRE I^{ER} BIS

③ « **Produits alimentaires à référence alcoolique**

④ « Art. 520 B. – Pour l’application des dispositions du présent code, sont dénommés produits alimentaires à référence alcoolique l’ensemble des produits dont la composition n’indique pas de produit mentionné à l’article 401 mais dont l’étiquetage des unités de conditionnement ou l’emballage extérieur comprennent des éléments ou dispositifs qui contribuent à la promotion d’un produit mentionné au même article 401.

⑤ « Art. 520 C. – I. – Est instituée, à compter du 1^{er} janvier 2019, une taxe sur les produits alimentaires à référence alcoolique, définis à l’article 520 B.

⑥ « II. – Sont redevables de cette taxe les personnes produisant, important ou distribuant en France les produits alimentaires à référence alcoolique définis au même article 520 B.

⑦ « III. – La taxe est assise sur le chiffre d’affaires réalisé sur les produits définis audit article 520 B.

⑧ « IV. – Le taux de la taxe est fixé à 5 % du montant mentionné au III du présent article.

⑨ « V. – La taxe est déclarée et liquidée sur l’annexe à la déclaration des opérations du mois de mars de l’année au titre de laquelle la taxe est due, déposée en application de l’article 287.

⑩ « Elle est acquittée au plus tard lors de cette déclaration.

⑪ « VI. – La taxe est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée.

⑫ « Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe.

- ⑬ « VII. – Le produit de la taxe est affecté à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. »

Article 9 quater (nouveau)

- ① Le *b* du I de l'article 1613 *bis* du code général des impôts est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « , définis aux articles 401, 435 et au *a* du I de l'article 520 A qui ne répondent pas aux définitions prévues aux règlements modifiés n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989, n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 et n° 1493/99 du Conseil du 17 mai 1999, au 5° de l'article 458 du code des impôts, » sont supprimés ;
- ③ 2° Le mot : « communautaire » est remplacé par les mots : « de l'Union européenne ».

CHAPITRE II

Des règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 10

(Conforme)

Article 10 bis A (nouveau)

- ① I. – La troisième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale est supprimée.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 10 bis

(Conforme)

Article 11

- ① I A. – *(Non modifié)*

- ② I. – Au premier alinéa du III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, après les mots : « dont les revenus », sont insérés les mots : « de l'antépénultième ou ».
- ③ II. – (*Non modifié*)
- ④ III (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant de l'introduction d'une condition d'assujettissement à la contribution sociale généralisée au taux de 3,8 % des retraités, des bénéficiaires d'une pension d'invalidité et des allocataires de l'assurance chômage au dépassement du seuil de revenu fiscal de référence deux années consécutives est compensée, à due concurrence, par une majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 11 bis A (*nouveau*)

- ① I. – Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale bénéficient d'une réduction du taux de la cotisation mentionnée à l'article L. 241-3 du même code.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 11 bis

(*Conforme*)

Article 11 ter

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° (*nouveau*) L'article L. 137-15 est ainsi modifié :
- ③ a) Au 3°, après le mot : « emploi », sont insérés les mots : « et des indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 du même code, » ;
- ④ b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

- ⑤ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties à cette contribution les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre I^{er} du même livre III ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code.
- ⑥ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, ne sont pas assujetties les entreprises qui emploient au moins cinquante salariés et moins de deux cent cinquante salariés pour les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 137-16 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « sans préjudice de l'application des quatrième à dernier alinéas du présent article » ;
- ⑨ b) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Ce taux est également fixé à 8 % pour les versements des entreprises prévus à l'article L. 3332-11 du code du travail lorsque l'entreprise abonde la contribution versée par le salarié ou la personne mentionnée à l'article L. 3332-2 du même code pour l'acquisition d'actions ou de certificats d'investissement émis par l'entreprise ou par une entreprise incluse dans le même périmètre de consolidation ou de combinaison des comptes au sens de l'article L. 3344-1 dudit code. »
- ⑪ II. – Le *b* du 1° et le 2° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.
- ⑫ III (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du *b* du 2° du I du présent article est compensée, à due concurrence, par une augmentation du droit à consommation mentionné aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12

- ① I. – (*Non modifié*)

- ② II. – Après l’article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 862-4-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 862-4-1.* – Il est institué une contribution à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l’article L. 162-5. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l’assurance maladie.
- ④ « Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l’article L. 862-4 en activité au 31 décembre de l’année au titre de laquelle la contribution est due.
- ⑤ « La contribution est assise sur l’ensemble des sommes versées au profit de ces organismes, au titre des cotisations d’assurance maladie complémentaire, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* de l’article L. 862-4.
- ⑥ « Le taux de la contribution est fixé à 0,8 %.
- ⑦ « La contribution est recouvrée par l’organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée au même article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe, sous réserve d’aménagements prévus, le cas échéant, par décret en Conseil d’État. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l’article L. 862-5. »
- ⑧ III. – (*Non modifié*)
- ⑨ IV. – La contribution prévue à l’article L. 862-4-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du II du présent article, est due pour les années 2019, 2020 et 2021. Le dispositif est prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d’un nouveau dispositif conventionnel destiné au financement de la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l’article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Article 12 bis (nouveau)

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2019, à la fin du premier alinéa du II de l’article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, le taux : « 13,27 % » est remplacé par le taux : « 18,02 % ».

- ② II. – À compter du 1^{er} janvier 2020, à la fin du premier alinéa du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, le taux : « 18,02 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % ».

Article 12 ter (nouveau)

- ① Le II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative, sous réserve que l'organisme ne module pas, au titre de ce contrat, le niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à tout professionnel de santé ayant conclu une convention prévue à l'article L. 863-8. » ;
- ④ 2° Au quatrième alinéa, les mots : « deuxième ou troisième » sont remplacés par les mots : « deuxième, troisième ou quatrième ».

Article 13

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Le I de l'article 42 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est ainsi modifié :
- ③ 1° A (*nouveau*) Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « de la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code » sont supprimés ;
- ④ 1° À la première phrase du quatrième alinéa du même 2°, le mot : « reverse » est remplacé par le mot : « verse » ;
- ⑤ 2° Le cinquième alinéa du même 2° est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de défaut de paiement par l'employeur des sommes mentionnées au troisième alinéa, celui-ci est exclu de la possibilité d'utiliser ce dispositif, dans des conditions fixées par décret. Dans ce cas, la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 qui recouvre les sommes dues selon les

règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires. » ;

- ⑥ 3° À la fin du second alinéa du 6°, la référence : « à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8 » est remplacée par la référence : « au troisième alinéa de l'article L. 531-8 ».
- ⑦ IV. – (*Non modifié*)
- ⑧ V (*nouveau*). – Le 5° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 13 bis (nouveau)

Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 151-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Dès lors qu'un assuré ou un cotisant est concerné par ces décisions, il est dûment et précisément informé des raisons ayant motivé cette annulation. »

Article 13 ter (nouveau)

- ① L'article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La durée de la période contradictoire peut être prolongée sur demande du cotisant reçue par l'organisme avant l'expiration du délai initial, à l'exclusion des situations où est mise en œuvre la procédure prévue à l'article L. 243-7-2 ou en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. »

Articles 14 et 15

(*Conformes*)

Article 15 bis (nouveau)

- ① I. – Au *a* de l'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 1,5 % ».
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe

additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 16

- ① I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :
- ② « IV. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 641-2, L. 651-1 et L. 752-4 du même code mettent en place un téléservice permettant aux travailleurs indépendants de procéder à tout moment au calcul du montant des cotisations mentionnées au I du présent article. »
- ③ II. – (*Supprimé*)
- ④ III. – Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au premier alinéa, la date : « 30 juin 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 » ;
- ⑥ 2° (*nouveau*) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il examine en particulier les modifications du code général des impôts et du code de la sécurité sociale nécessaires à la détermination de modalités de calcul harmonisées et intelligibles du montant des cotisations sociales demandées au travailleur indépendant. »
- ⑦ IV (*nouveau*). – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 17

(*Conforme*)

Article 17 bis (*nouveau*)

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

Article 18

(Conforme)

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 19

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17 » ;
- ③ 2° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ④ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ⑤ – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 38,48 % » est remplacé par le taux : « 46,34 % » ;
- ⑥ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 48,87 % » est remplacé par le taux : « 36,09 % » ;
- ⑦ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 12,65 % » est remplacé par le taux : « 6,79 % » ;
- ⑧ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « – à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,78 % ; »
- ⑩ b) Le 3° est ainsi rétabli :
- ⑪ « 3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 est versé :
- ⑫ « a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 2,40 % ;
- ⑬ « b) Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées

à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux :

- ⑭ « - de 5,97 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;
- ⑮ « - de 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;
- ⑯ « - de 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;
- ⑰ « - de 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;
- ⑱ « - de 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;
- ⑲ « c) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;
- ⑳ « d) (*Supprimé*)
- ㉑ « e) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l'article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;
- ㉒ « f) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour les contributions mentionnées au 1° du I du même article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 0,23 % ; »
- ㉓ c) Après le même 3°, sont insérés des 3° *bis* et 3° *ter* ainsi rédigés :
- ㉔ « 3° *bis* Le produit des contributions mentionnées au 2° du I dudit article L. 136-8 est versé :
- ㉕ « a) Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 8,6 % ;
- ㉖ « b) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 % ;

- ②⑦ « 3° *ter* Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :
- ②⑧ « a) À la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 18 % ;
- ②⑨ « b) À la branche mentionnée au 1° du même article L. 200-2 pour 82 % ; »
- ③⑩ d) Au 5°, les références : « L. 137-18 et L. 137-19 » sont remplacées par la référence : « et L. 137-18 » ;
- ③⑪ 3° L'article L. 135-3 est ainsi rédigé :
- ③⑫ « *Art. L. 135-3.* – Les recettes du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions prévues à l'article L. 131-8. » ;
- ③⑬ 4° Au deuxième alinéa du 2 de l'article L. 136-6-1, les mots : « , des prélèvements prévus à l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article L. 245-14 du présent code et de la contribution additionnelle prévue à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et du prélèvement prévu au 1° du I de l'article 235 *ter* du code général des impôts » ;
- ③⑭ 4° *bis* Après le I *bis* de l'article L. 136-6, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :
- ③⑮ « I *ter.* – Par dérogation aux I et I *bis*, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie de la législation d'un autre État et qui au cours de l'année ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.
- ③⑯ « Pour l'application du premier alinéa du présent I *ter* aux gains mentionnés à l'article 150-0 B *bis* du code général des impôts et aux plus-values mentionnées au I de l'article 150-0 B *ter* du même code, la condition d'affiliation à un autre régime obligatoire de sécurité sociale s'apprécie à la date de réalisation de ces gains ou plus-values. » ;
- ③⑰ 4° *ter* Après le I *bis* de l'article L. 136-7, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :

- ③⑧ « *I ter.* – Par dérogation aux I et *I bis*, ne sont pas redevables de la contribution les personnes qui, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, relèvent en matière d'assurance maladie de la législation d'un autre État et qui au cours de l'année ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.
- ③⑨ « L'établissement payeur mentionné au 1 du IV du présent article ne prélève pas la contribution assise sur les revenus de placement dès lors que les personnes titulaires de ces revenus justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent *I ter.*
- ④⑩ « En cas de prélèvement indu par l'établissement payeur, ce dernier peut restituer le trop-perçu à la personne concernée et régulariser l'opération sur sa déclaration ou la personne concernée peut solliciter auprès de l'administration fiscale la restitution de la contribution prélevée par l'établissement payeur.
- ④⑪ « La contribution assise sur les plus-values mentionnées au 2° du I n'est pas due dès lors que les personnes titulaires de ces plus-values justifient, selon des modalités définies par décret, des conditions définies au premier alinéa du présent *I ter.* » ;
- ④⑫ 5° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ④⑬ a) Au 2° du I, le taux : « 9,9 % » est remplacé par le taux : « 9,2 % » ;
- ④⑭ b) Les IV, *IV bis* et V sont abrogés ;
- ④⑮ c) Le 1 du VI est complété par la référence : « et à l'article L. 131-8 » ;
- ④⑯ 6° Au début du premier alinéa de l'article L. 138-21, les mots : « Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S » sont remplacés par les mots : « Les prélèvements définis à l'article L. 136-7 du présent code, à l'article 235 *ter* » ;
- ④⑰ 6° *bis* À la fin du 9° du IV de l'article L. 241-2, la référence : « 4° du IV de l'article L. 136-8 » est remplacée par la référence : « *b* du 3° de l'article L. 131-8 » ;

- ④⑧ 6° *ter* À la fin du 4° de l'article L. 241-6, les mots : « , L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 » sont remplacés par les mots : « et L. 136-7-1, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 » ;
- ④⑨ 6° *quater (nouveau)* L'article L. 241-6-2 est ainsi rétabli :
- ⑤⑩ « *Art. L. 241-6-2.* – Le taux des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 2,40 points pour les revenus d'activité des salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée à l'article L. 5422-13 du code du travail, dans la limite de quatre fois le montant du plafond défini au premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code. » :
- ⑤⑪ 7° La section 5 du chapitre V du titre IV du livre II est abrogée.
- ⑤⑫ II. – Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑤⑬ 1° L'article L. 14-10-4 est ainsi modifié :
- ⑤⑭ a) Le 2° est abrogé ;
- ⑤⑮ b) Le 3° est ainsi rédigé :
- ⑤⑯ « 3° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 dudit code, et répartie entre les sections mentionnées à l'article L. 14-10-5 du présent code par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, de la sécurité sociale et du budget pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 ; »
- ⑤⑰ 2° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ⑤⑱ a) Le *a* du 1 du I est ainsi modifié :
- ⑤⑲ – les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ⑥⑰ – après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d'au moins 1,8 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 » ;
- ⑥⑱ b) Le *a* du 2 du même I est ainsi modifié :

- ⑥2 – les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ⑥3 – après la seconde occurrence de la référence : « L. 14-10-4 », sont insérés les mots : « , une fraction d’au moins 7,1 % du produit mentionné au 3° dudit article L. 14-10-4 » ;
- ⑥4 *b* bis) Au dernier alinéa du même I, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » ;
- ⑥5 *c*) Le *a* du 1° du II est ainsi modifié :
- ⑥6 – les mots : « des contributions mentionnées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ⑥7 – les mots : « comprise entre 74 % et 82 % » sont remplacés par les mots : « d’au moins 64,3 % » ;
- ⑥8 *d*) Le *a* du III est ainsi modifié :
- ⑥9 – les mots : « des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « de la contribution mentionnée au 1° » ;
- ⑦0 – sont ajoutés les mots : « et une fraction d’au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4. » ;
- ⑦1 *d* bis) (*nouveau*) Au dernier alinéa du même III, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° » ;
- ⑦2 *e*) Au *a* du 1° du IV, les mots : « 4 % et 10 % » sont remplacés par les mots : « 3,3 % et 8,2 % » ;
- ⑦3 *f*) Au *b* du 1° du même IV, au début, les mots : « Une part de la fraction » sont remplacés par les mots : « Une part des fractions », la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° » et, à la fin, les mots : « de cette fraction » sont remplacés par les mots : « de ces fractions » ;
- ⑦4 *g*) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :
- ⑦5 « VIII. – Les sections mentionnées aux IV et V peuvent contribuer au financement du fonds prévu à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique pour le soutien à des actions, des expérimentations, des dispositifs

ou des structures qui participent à la prise en charge des personnes âgées et handicapées. » ;

- ⑦⑥ 3° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 3° ».
- ⑦⑦ III, IV, IV *bis*, V et VI. – (*Non modifiés*)
- ⑦⑧ VI *bis* (*nouveau*). – L'article 54 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel est abrogé.
- ⑦⑨ VI *ter* (*nouveau*). – Pour l'année 2019, les contributions des salariés prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail sont prises en charge par leurs employeurs, dans des conditions définies par décret.
- ⑧⑩ VII à XIV. – (*Non modifiés*)
- ⑧⑪ XV et XVI. – (*Supprimés*)
- ⑧⑫ XVII. – (*Non modifié*)

Article 20

- ① I. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le II *sexies* de l'article 4, il est inséré un II *septies* ainsi rédigé :
- ③ « II *septies*. – La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code et de la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 dudit code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du II *quinquies* du présent article, est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros.
- ④ « Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés au premier alinéa du présent II *septies* excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre fixé au même premier alinéa.

- ⑤ « Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret. » ;
- ⑥ 2° À la seconde phrase du 2° de l'article 6, les références : « aux IV et IV *bis* de l'article L. 136-8 » sont remplacées par les références : « au c du 3° et au *b* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 ».
- ⑦ II (*nouveau*). – Pour les années 2020 à 2023, la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale bénéficie du versement d'une fraction supplémentaire du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale correspondant, par rapport au produit perçu en 2019, à un montant de :
- ⑧ 1° 1,5 milliard d'euros en 2020 ;
- ⑨ 2° 3,5 milliards d'euros en 2021 ;
- ⑩ 3° 5 milliards d'euros en 2023.

Article 20 *bis*

(*Conforme*)

Article 20 *ter*

Le premier alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à l'exception des experts requis, commis ou désignés par les juridictions de l'ordre judiciaire ou par les personnes agissant sous leur contrôle afin d'accomplir une mission d'expertise indépendante et qui sont affiliés à un régime de travailleurs non-salariés ».

Articles 20 *quater* et 21 à 25

(Conformes)

Article 26

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2019 à 2022), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I^{ER}

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Article 27

- ① I. – L'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) Après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;
- ⑤ c) Les mots : « satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année » sont remplacés par les mots : « atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans » ;
- ⑥ d) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients. » ;
- ⑦ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

- ⑧ « II. – Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.
- ⑨ « Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.
- ⑩ « Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.
- ⑪ « L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique. » ;
- ⑫ 3° Le dernier alinéa est remplacé par un III ainsi rédigé :
- ⑬ « III. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité financière, les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis annuellement par chaque établissement mentionné au premier alinéa du I et définit les modalités de détermination des seuils minimaux de résultats requis pour certains indicateurs.
- ⑭ « Avant le 31 décembre de chaque année, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, fixe les seuils minimaux de résultats

requis pour certains indicateurs et prévoit les modalités de calcul de la dotation complémentaire et de la pénalité financière. »

- ⑮ II. – A. – Les 2° et 3° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.
- ⑯ B. – Le *b* du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.
- ⑰ La première année d'entrée en vigueur du même *b* est une année de recueil des indicateurs qui ne donne pas lieu au versement de la dotation complémentaire mentionnée au I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, et n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la pénalité financière mentionnée au II du même article L. 162-23-15.
- ⑱ C. – Le *d* du 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020 pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ainsi que pour les structures d'hospitalisation à domicile, et le 1^{er} janvier 2021 pour les activités mentionnées au 2° du même article L. 162-22.

Article 28

(Conforme)

Article 29

- ① L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° du II est complété par des *e* à *i*, *i* bis et *j* à *l* ainsi rédigés :
- ③ « *e*) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de l'expérimentation ;
- ④ « *f*) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;
- ⑤ « *g*) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut

pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

- ⑥ « *h*) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;
- ⑦ « *i*) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4, afin de permettre aux agences régionales de santé d'adapter les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires affectés aux transports terrestres aux besoins des établissements de santé ;
- ⑧ « *i bis*) (*nouveau*) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;
- ⑨ « *j*) L'article L. 5125-1-1 A, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie. Le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3 ;
- ⑩ « *k*) (*nouveau*) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 en ce qu'ils limitent les possibilités d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social ;
- ⑪ « *l*) (*nouveau*) L'article L. 4311-1, afin de permettre aux infirmières et infirmiers, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme référents au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, et ainsi d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont

signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3 ; »

- ⑫ 1° *bis* Au 3° du même II, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « et d'organisation » ;
- ⑬ 2° Les IV, V et VI deviennent respectivement les V, VI et VII ;
- ⑭ 3° Le IV est ainsi rétabli :
- ⑮ « IV. – Pour les expérimentations mentionnées au I dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant une démarche de coopération telle que celles mentionnées à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, les dispositions des articles L. 4011-2 à L. 4011-3 du même code ne sont pas applicables, sous réserve des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 dudit code.
- ⑯ « Les expérimentations mentionnées au I du présent article dérogeant à une ou plusieurs règles mentionnées au II et comportant la réalisation d'actes de télésurveillance tels que ceux mentionnés au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 sont soumises à la procédure et au financement prévus au III du présent article, qui se substituent à la procédure et au financement prévus au V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 précitée. »

Article 29 bis A (nouveau)

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées, d'autre part ».

Article 29 bis B (nouveau)

- ① I. – Après la première phrase de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La publication ou la notification annuelles de ces tarifs et dotations aux établissements de santé fait apparaître la part représentée dans leur montant par le financement des transports susmentionnés. »

- ② II. – L'article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est complété par un III ainsi rédigé :
- ③ « III. – Avant le 1^{er} février 2019, le Gouvernement procède à l'évaluation de l'impact financier pour les établissements de santé issu de l'application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale afin de permettre, le cas échéant, l'ajustement des tarifs, des prix de journées et des dotations ; la prise en compte des activités isolées ; la prise en compte des activités de recours. Cette évaluation est transmise au Parlement. »

Article 29 bis C (nouveau)

À la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, après le mot : « notamment », sont insérés les mots : « une évaluation nationale de la répartition des crédits et de leur impact sur les situations sanitaires régionales, ».

Article 29 bis

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – L'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable. » ;
- ④ 2° Après le mot : « elle », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2. »

Article 29 ter

(Supprimé)

Article 29 quater

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-5 est complété par un 27° ainsi rédigé :
- ③ « 27° Les conditions et modalités de participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins. La condition d'exercice coordonné ne s'applique pas aux médecins exerçant dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. » ;
- ④ 2° L'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le I est complété par un 7° ainsi rédigé :
- ⑥ « 7° Les conditions de majoration de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à une prise en charge coordonnée. » ;
- ⑦ b) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :
- ⑧ – à la première phrase, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires » ;
- ⑨ – à la deuxième phrase, après le mot : « avec », sont insérés les mots : « des communautés professionnelles territoriales de santé, des équipes de soins primaires, » ;
- ⑩ 3° (*nouveau*) L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le début du quinzième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑫ « 12° Des mesures... (*le reste sans changement*). » ;
- ⑬ b) Après le quinzième alinéa, il est inséré un 13° ainsi rédigé :

- ⑭ « 13° Les conditions de majoration de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à une prise en charge coordonnée. »
- ⑮ II à IV. – *(Non modifiés)*

Article 29 quinquies

(Supprimé)

Article 29 sexies

(Conforme)

Article 29 septies

(Supprimé)

Articles 29 octies et 30

(Conformes)

Article 31

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III. – *(Supprimé)*

Article 32

- ① Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :
- ③ a) À la seconde phrase du premier alinéa du II, après le mot : « génériques », sont insérés les mots : « , au registre des médicaments hybrides » ;
- ④ b) Le IV est ainsi modifié :
- ⑤ – au deuxième alinéa, les mots : « sont rendues obligatoires » sont remplacés par les mots : « peuvent être demandées par les éditeurs » ;

- ⑥ – au même deuxième alinéa, après le mot : « médicaments », la fin est ainsi rédigée : « , produits de santé et prestations éventuellement associées, le cas échéant par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur. Les fonctionnalités qui doivent être fournies par le logiciel en vue d'obtenir la certification sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ – le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑧ c) Le V est ainsi rédigé :
- ⑨ « V. – Les éditeurs de logiciels demandant une certification en application du IV s'engagent à faire évoluer leur logiciel pour en assurer la conformité avec les évolutions des fonctionnalités mentionnées au second alinéa du même IV.
- ⑩ « En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel certifié ou de non-respect des éléments de certification, hors les cas d'impossibilité technique, le ministre chargé de la sécurité sociale peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés au premier alinéa du présent V, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci.
- ⑪ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les logiciels concernés par le manquement.
- ⑫ « La pénalité recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑬ « En cas de manquement répété de l'éditeur à ses engagements, les logiciels concernés peuvent perdre leur certification. » ;
- ⑭ 2° Après l'article L. 162-2-2, il est inséré un article L. 162-2-3 ainsi rédigé :
- ⑮ « *Art. L. 162-2-3.* – Dans le cadre des actions de prévention ou participant à la pertinence de soins identifiés, mises en œuvre dans le cadre des missions mentionnées au 3° de l'article L. 221-1 et aux III *bis* et IV de l'article L. 315-1, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux

pharmaciens certaines données personnelles des patients traités par ces professionnels, sauf opposition des patients dûment informés par ces professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect des dispositions du chapitre IX de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

- ①⑥ « Les informations transmises ont un lien direct avec l'objet des actions mentionnées au premier alinéa du présent article et sont nécessaires à une meilleure prise en charge du patient, en termes de qualité ou de pertinence. Elles peuvent comprendre des données administratives relatives aux patients, des données liées au remboursement par l'assurance maladie ou encore des données à caractère médical dont dispose l'assurance maladie. L'information peut être transmise aux professionnels à l'aide de services dématérialisés par l'assurance maladie, directement par ses agents dûment habilités, ou à l'aide du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. » ;
- ①⑦ 3° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :
- ①⑧ a) Le 21° est abrogé ;
- ①⑨ b) À la deuxième phrase du 22°, après le mot : « prescription, », sont insérés les mots : « l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue au même article L. 161-38, » ;
- ②⑩ 4° L'article L. 162-5-15 est ainsi modifié :
- ②⑪ a) Au premier alinéa, les mots : « mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « exerçant en totalité ou pour partie leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, », les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de la santé publique » et, après le mot : « exercent », sont insérés les mots : « , au moins en partie, » ;
- ②⑫ b) Au second alinéa, les mots : « figure obligatoirement » sont remplacés par les mots : « personnel ainsi que, le cas échéant, le numéro identifiant la structure au sein de laquelle l'acte, la consultation ou la prescription a été réalisé figurent » ;
- ②⑬ 5° À l'article L. 162-5-16, après le mot : « identification », il est inséré le mot : « exacte » et, après les mots : « à l'article L. 162-5-15 », sont insérés les mots : « et par le numéro identifiant la structure, » ;

- ②4 6° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II est complétée par un article L. 162-5-18 ainsi rédigé :
- ②5 « *Art. L. 162-5-18.* – Le pharmacien exécutant l’ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel et le numéro identifiant la structure mentionnés à l’article L. 162-5-15 est tenu de reporter ces numéros, ou le cas échéant leur absence, sur les documents transmis aux caisses d’assurance maladie.
- ②6 « Le non-respect de cette obligation ou la transmission d’éléments erronés peuvent donner lieu à une procédure de recouvrement de l’indu, selon les modalités prévues à l’article L. 133-4, auprès du pharmacien.
- ②7 « Cette mesure prend effet au 1^{er} janvier 2021, date à laquelle les hôpitaux devront fournir des ordonnances comportant le numéro RPPS de chaque médecin. » ;
- ②8 7° À la deuxième phrase du 8° de l’article L. 162-16-1, après les mots : « sur la dispensation, », sont insérés les mots : « l’utilisation d’un logiciel d’aide à la dispensation certifié suivant la procédure prévue à l’article L. 161-38, ».

Article 32 bis

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L’article L. 161-35 est ainsi modifié :
- ③ a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Les arrêts de travail sont prescrits sauf exception de manière dématérialisée, via un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d’assurance maladie. » ;
- ⑤ b) Au II, les mots : « de l’obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé » sont remplacés par les mots : « des obligations définies au I du présent article » ;
- ⑥ 1° *bis (nouveau)* À l’article L. 161-35-1, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la mention : « I » et la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 2° » ;
- ⑦ 2° L’article L. 323-3 est ainsi rédigé :

- ⑧ « Art. L. 323-3. – L’indemnité journalière prévue à l’article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants :
- ⑨ « 1° 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 ;
- ⑩ « 2° L’assuré doit faire l’objet d’une rééducation ou d’une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.
- ⑪ « 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 sont déterminées par décret en Conseil d’État. »
- ⑫ II. – Le deuxième alinéa du I de l’article L. 161-35 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi entre en vigueur, et au plus tard le 31 décembre 2021, à des dates fixées, selon les prescripteurs, par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code. Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s’appliquer. Si la convention n’a pas fixé un tel calendrier avant le 30 juin 2019, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.
- ⑬ III. – (*Non modifié*)

Article 33

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L’article L. 133-4 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, après le mot : « tarification », sont insérés les mots : « , de distribution » ;
- ④ b) Au quatrième alinéa, après les mots : « du professionnel », sont insérés les mots : « , du distributeur » et, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , à un distributeur » ;
- ⑤ c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « des quatre alinéas qui précèdent » sont remplacés par les mots : « du présent article » ;

- ⑥ 1° bis Au 6° de l'article L. 160-8, les mots : « à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné » sont remplacés par les mots : « aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés » ;
- ⑦ 2° Au 3° de l'article L. 162-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 2° » ;
- ⑧ 3° L'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la fin de la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « et d'utilisation » sont remplacés par les mots : « , d'utilisation et de distribution » ;
- ⑩ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1. » ;
- ⑫ c) Au troisième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑬ 4° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 165-1-4. – I. –* Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1.
- ⑮ « II. – La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 peut donner lieu à l'obligation pour le distributeur de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients.

- ⑯ « III. – Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.
- ⑰ « IV. – Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France, dans la limite de 10 000 euros, en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I du présent article.
- ⑱ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.
- ⑲ « V. – Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.
- ⑳ « VI. – Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article. » ;
- ㉑ 5° L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le dernier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Elle peut également tenir compte, à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;
- ㉓ b) Après le 7° du II, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- ㉔ « 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code. » ;
- ㉕ c) (*Supprimé*)
- ㉖ 6° L'article L. 165-9 est ainsi modifié :
- ㉗ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- ⑳ – les mots : « et de chaque prestation proposés » sont remplacés par les mots : « proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables, » ;
- ㉑ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le devis comporte au moins un équipement d’optique médicale ou une aide auditive appartenant à l’une des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même article L. 165-1, sous réserve qu’il existe un tel équipement ou une telle aide qui réponde au besoin de santé. » ;
- ㉒ b) Au troisième alinéa, les mots : « et les informations d’identification et de traçabilité sont transmises » sont remplacés par les mots : « est transmise » ;
- ㉓ c) Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉔ « Le contenu et la présentation du devis et de la note, y compris les informations permettant d’assurer l’identification et la traçabilité, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l’économie, après consultation du Conseil national de la consommation mentionné à l’article L. 112-1 du code de la consommation. » ;
- ㉕ 7° La deuxième phrase du dernier alinéa de l’article L. 871-1 est ainsi modifiée :
- ㉖ a) Les mots : « peuvent être » sont remplacés par le mot : « sont » ;
- ㉗ b) Sont ajoutés les mots : « et les aides auditives ».
- ㉘ II et III. – (*Non modifiés*)
- ㉙ IV (*nouveau*). – Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, un bilan de la mise en place des offres à prise en charge renforcée en matière d’optique, de prothèses dentaires et d’aides auditives, présentant l’équilibre financier de cette réforme et son impact en termes d’accès aux soins.

Article 33 bis (*nouveau*)

La première phrase du dernier alinéa de l’article L. 4381-1 du code de la santé publique est supprimée.

TITRE II

AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 861-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;
- ⑥ « 2° Sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 %.
- ⑦ « Le plafond mentionné aux 1° et 2° varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;
- ⑧ b) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du foyer d'une personne mentionnée aux trois premiers alinéas. » ;
- ⑨ c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé » ;

- ⑩ d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. » ;
- ⑫ 2° Au second alinéa de l'article L. 861-2, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par la référence : « au 1° » ;
- ⑬ 3° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « , sans contrepartie contributive, » sont supprimés, les mots : « sous réserve » sont remplacés par les mots : « après application, le cas échéant, » et sont ajoutés les mots : « dont elles bénéficient » ;
- ⑮ b) À la fin du 3°, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;
- ⑯ b bis) (*nouveau*) Au septième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;
- ⑰ c) Le huitième alinéa est supprimé ;
- ⑱ 4° Au a de l'article L. 861-4, les mots : « , gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge de leurs frais de santé » et sont ajoutés les mots : « , y compris lorsque la demande de protection complémentaire en matière de santé a été instruite par un autre organisme » ;
- ⑲ 5° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :
- ⑳ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ㉑ – à la première phrase, les mots : « d'attribution de la protection » sont remplacés par les mots : « de protection » et, à la fin, les mots : « du régime d'affiliation du demandeur » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur » ;
- ㉒ – après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. » ;

- ②③ – la seconde phrase est supprimée ;
- ②④ *b)* À la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu » sont remplacés par les mots : « des prestations sociales et familiales » ;
- ②⑤ *c)* Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ②⑥ – à la fin de la première phrase, les mots : « prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse » sont remplacés par les mots : « notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;
- ②⑦ – à la deuxième phrase, après le mot : « contentieux », sont insérés les mots : « en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8 » ;
- ②⑧ *d)* L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ②⑨ – au début, sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. » ;
- ③⑩ – à la première phrase, les mots : « la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « cette prise en charge » ;
- ③⑪ *e)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑫ « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement. » ;
- ③⑬ 6° L'article L. 861-6 est abrogé ;

- ③④ 7° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :
- ③⑤ a) Au début du deuxième alinéa, les mots : « L'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;
- ③⑥ b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » ;
- ③⑦ 8° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :
- ③⑧ a) Après le mot : « effet », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions du même quatrième alinéa. » ;
- ③⑨ b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 » ;
- ④⑩ 9° L'article L. 861-10 est ainsi modifié :
- ④⑪ a) Après la première phrase du IV, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. » ;
- ④⑫ b) À la fin de la deuxième phrase du même IV, les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;
- ④⑬ b bis) La dernière phrase du même IV est supprimée ;
- ④⑭ c) Au V, les mots : « des premier et troisième alinéas » sont supprimés ;
- ④⑮ 10° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-11 ainsi rédigé :
- ④⑯ « *Art. L. 861-11.* – La participation financière mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est due à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du

bénéficiaire. Il peut être adapté pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du présent code pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État.

- ④⑦ « En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'État.
- ④⑧ « À l'expiration de ce délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées.
- ④⑨ « L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence :
- ⑤⑩ « 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ;
- ⑤⑪ « 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.
- ⑤⑫ « Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé.
- ⑤⑬ « Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

- ⑤4 11° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :
- ⑤5 a) À la fin du premier alinéa, les mots : « et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » sont supprimés ;
- ⑤6 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » sont remplacés par les mots : « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;
- ⑤7 c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « prévu à » sont remplacés par les mots : « prévu au 1° de » ;
- ⑤8 12° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :
- ⑤9 a) Le premier alinéa du *a* est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. » ;
- ⑥0 b) Le deuxième alinéa du même *a* est supprimé ;
- ⑥1 c) Les trois derniers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥2 « *b*) Par les frais de gestion administrative du fonds.
- ⑥3 « Les modalités d'application du *a* sont précisées par décret. » ;
- ⑥4 13° L'article L. 862-4 est ainsi modifié :
- ⑥5 a) Le deuxième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée : « La participation financière de l'assuré mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 n'est pas assujettie à la taxe. » ;
- ⑥6 b) Au III, les mots : « aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 » sont remplacés par les mots : « au *a* de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 » ;
- ⑥7 14° À l'article L. 862-6, les mots : « au fonds » sont remplacés par les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

- ⑥8 15° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :
- ⑥9 a) Au *a*, les références : « aux *a* et *b* » sont remplacées par la référence : « au *a* » ;
- ⑦0 b) Le *c* est ainsi modifié :
- ⑦1 – les mots : « ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III du même article » sont remplacés par les mots : « , aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée au même article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 » ;
- ⑦2 – les mots : « les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que » ;
- ⑦3 c) Au *d*, les mots : « le nombre de personnes prises en charge et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, » et sont ajoutés les mots : « , ainsi que le montant des participations susmentionnées » ;
- ⑦4 d) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑦5 « Sur cette base, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes. » ;
- ⑦6 e) Au dernier alinéa, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre » ;
- ⑦7 16° Les chapitres III et IV sont abrogés.
- ⑦8 II à VI. – (*Non modifiés*)
- ⑦9 VI *bis* (*nouveau*). – À la première phrase de l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux

personnes assurées contre certains risques, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « huitième ».

⑧ VII et VIII. – (*Non modifiés*)

Article 35

(*Conforme*)

Article 36

① I et II. – (*Non modifiés*)

② III. – L'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

③ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

④ 2° (*nouveau*) Au 9°, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « du présent I » ;

⑤ 3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

⑥ « II. – Le chapitre X du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;

⑦ 4° (*nouveau*) À la première phrase de l'article 20-2, après la référence : « 8° », sont insérés les mots : « du I » ;

⑧ 5° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article 20-6, après la référence : « 7° », sont insérés les mots : « du I ».

⑨ IV (*nouveau*). – Au 2° de l'article 8 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte, après la référence : « 13° », sont insérés les mots : « du I ».

Article 36 bis

(Conforme)

CHAPITRE II

RENFORCER LA PRÉVENTION

Article 37

(Conforme)

Article 38

- ① I. – L'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 du présent code. » ;
- ③ 2° (*nouveau*) Après la référence : « 298 *quaterdecies* », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « du code général des impôts. » ;
- ④ 3° (*nouveau*) Au troisième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » et les mots : « du même » sont remplacés par le mot : « dudit ».
- ⑤ II. – Après l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-4 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 221-1-4.* – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.
- ⑦ « *I bis.* – Une section du fonds retrace les actions à destination de l'outre-mer.
- ⑧ « II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article. Il identifie les actions de la section du fonds à destination de l'outre-mer.

- ⑨ « III. – Les modalités d’application du présent article sont précisées par décret. »

Article 38 bis

(Supprimé)

Article 39

(Conforme)

Article 39 bis

- ① I. – L’État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans deux régions volontaires, à titre expérimental, le financement, par le fonds d’intervention régional mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique, d’actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des campagnes d’information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires mentionnés à l’article L. 541-3 du code de l’éducation, en partenariat avec les médecins et infirmiers de l’éducation nationale et les services de santé scolaire, pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.
- ② II. – Un décret en Conseil d’État précise le délai dans lequel les régions informent le représentant de l’État de leur volonté de participer à cette expérimentation, les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les caractéristiques de l’appel à projets ainsi que les conditions d’évaluation de l’expérimentation en vue d’une éventuelle généralisation. Le contenu de chaque projet d’expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour participer à l’expérimentation, après avis des agences régionales de santé concernées.
- ③ III. – *(Non modifié)*

Article 39 *ter* (nouveau)

- ① I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant et non soignant dans les établissements de santé public ou privés ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- ② II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.
- ③ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 39 *quater* (nouveau)

- ① I. – L'État autorise pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination antigrippale des enfants.
- ② II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au

sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d’Azur pour participer à l’expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

- ③ III. – Un rapport d’évaluation est réalisé au terme de l’expérimentation et fait l’objet d’une transmission au Parlement par le Gouvernement.

CHAPITRE III

Améliorer les prises en charge

Article 40

- ① I. – Le livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° A (*nouveau*) Le deuxième alinéa de l’article L. 2132-2 est complété par les mots : « et sont effectués conformément aux recommandations de bonne pratique diffusées par l’autorité mentionnée à l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

- ③ 1° Le titre III est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

- ④ « *CHAPITRE V*

- ⑤ « *Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles*
⑥ *du neuro-développement*

- ⑦ « *Art. L. 2135-1.* – Pour l’accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d’un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l’assurance maladie.

- ⑧ « Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l’agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l’article L. 3221-1 du présent code.

- ⑨ « Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues concluent avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et

du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat peut prévoir également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.

- ⑩ « La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 2112-8 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1. »
- ⑬ II à IV. – (*Non modifiés*)
- ⑭ V (*nouveau*). – Après le 2° de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ⑮ « 3° Le périmètre des dépenses, notamment médicales et paramédicales, couvertes par la tarification. »

Article 40 bis (*nouveau*)

- ① À titre expérimental et par dérogation aux IV, V et VI de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique peuvent, par convention signée entre elles, organiser, au profit de l'une d'entre elles et pour une durée déterminée par décret, la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services.
- ② La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en ne retenant qu'une seule des formes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

- ③ Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 du même code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire. L'article L. 313-12-2 dudit code s'applique aux établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, dans le cas où l'autorité délégataire désignée est le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article 41

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II (*nouveau*). – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ③ 1° La deuxième phrase du V de l'article L. 313-12 est complétée par les mots : « , qu'il peut lui-même réaliser en cette qualité » ;
- ④ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 314-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. »

Article 41 bis (*nouveau*)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « et 7° » est remplacée par les références : « , 7° et 9° ».

CHAPITRE IV

Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles », sont insérées les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et, à la fin, la référence : « et L. 162-23-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-5 » ;
- ③ 2° L'article L. 162-4 est ainsi modifié :

- ④ a) Au 1°, après le mot : « thérapeutiques », sont insérés les mots : « ou des conditions » ;
- ⑤ b) Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste » ;
- ⑥ 2° bis (nouveau) Au 2° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « quatrième alinéa » sont remplacés par la référence : « III » ;
- ⑦ 3° Au début du troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, » ;
- ⑧ 4° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a) La première phrase du premier alinéa du I est ainsi modifiée :
- ⑩ – après le mot : « publique », sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;
- ⑪ – après le mot : « réclame », sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;
- ⑫ – sont ajoutés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;
- ⑬ b) À la première phrase du premier alinéa du II, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- ⑭ b bis) Le second alinéa du même II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées. » ;

- ⑮ c) Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. » ;
- ⑰ d) Après le même IV, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « V. – Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.
- ⑲ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.
- ⑳ « Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- ㉑ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées. » ;
- ㉒ e) Le V, qui devient le VI, est ainsi modifié :
- ㉓ – à la première phrase, après les deux occurrences de la référence : « du II », est insérée la référence : « ou du V » ;

- ②4 – à la deuxième phrase, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ②5 – à la même deuxième phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- ②6 – à la dernière phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- ②7 f) Le VI, qui devient le VII, est ainsi modifié :
- ②8 – aux première et seconde phrases, après le mot : « charge », sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- ②9 – à la première phrase, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, » ;
- ③0 5° Après le même article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-1 ainsi rédigé :
- ③1 « *Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.*
- ③2 « Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
- ③3 « En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

- ③④ « II. – Les modalités d’application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d’une autorisation temporaire d’utilisation, sont définies par décret en Conseil d’État. » ;
- ③⑤ 6° L’article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- ③⑥ a) Le I est ainsi modifié :
- ③⑦ – au premier alinéa, les mots : « , préalablement à l’obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;
- ③⑧ – au même premier alinéa, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et qui a fait l’objet d’une prise en charge en application de l’article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- ③⑨ – après le mot : « pour », la fin dudit premier alinéa est ainsi rédigée : « l’indication ayant fait l’objet de l’autorisation temporaire d’utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;
- ④⑩ – les 1° et 2° sont abrogés ;
- ④⑪ – le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ④⑫ « Par dérogation au premier alinéa du présent I, la poursuite de la prise en charge d’un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d’une autorisation temporaire d’utilisation délivrée au titre du 2° du I de l’article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l’objet d’une prise en charge au titre du I de l’article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l’indication n’ait pas fait l’objet d’une évaluation défavorable au titre de l’autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l’article L. 5121-9 du code de la santé publique. » ;
- ④⑬ b) Le II est ainsi rédigé :
- ④⑭ « II. – Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n’ayant pas fait l’objet, pour une indication particulière, d’une autorisation temporaire d’utilisation mais disposant d’une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l’assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l’article L. 5123-3 du code de la santé

publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

- ④5 c) Le III est ainsi modifié :
- ④6 – au premier alinéa du A, après les mots : « mentionnée au I », sont insérés les mots : « et au II » ;
- ④7 – au 1° du même A, après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « ou au refus d'inscription » ;
- ④8 – au 3° dudit A, les mots : « marché, ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du I du présent article, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, » ;
- ④9 – il est ajouté un D ainsi rédigé :
- ⑤0 « D. – Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et d'une prise en charge à ce titre. » ;
- ⑤1 d) Le IV est ainsi rédigé :
- ⑤2 « IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. » ;
- ⑤3 7° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- ⑤4 a) À la première phrase, après les mots : « titre de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- ⑤5 b) À la deuxième phrase, après les mots : « dispositions de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- ⑤6 8° Après le même article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :
- ⑤7 « Art. L. 162-16-5-4. – I. – La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

- ⑤8 « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;
- ⑤9 « 2° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.
- ⑥0 « Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- ⑥1 « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge, le cas échéant, fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1 du présent code.
- ⑥2 « II. – En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I du présent article, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;
- ⑥3 9° Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;
- ⑥4 10° Après l'article L. 162-17-1-1, il est inséré un article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :

- ⑥5 « *Art. L. 162-17-1-2.* – La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.
- ⑥6 « Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑥7 « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;
- ⑥8 11° Après les mots : « sécurité sociale », la fin de la troisième phrase du premier alinéa et de la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 est supprimée ;
- ⑥9 12° L'article L. 162-17-2-2 ainsi rétabli :
- ⑦0 « *Art. L. 162-17-2-2.* – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑦1 « Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- ⑦2 13° Le neuvième alinéa de l'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

- ⑦③ a) À la fin de la dernière phrase, la référence : « de l'article L. 162-16-4 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 » ;
- ⑦④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. » ;
- ⑦⑤ 14° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- ⑦⑥ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑦⑦ a bis) Les deux dernières phrases du quatrième alinéa sont supprimées ;
- ⑦⑧ b) Après le même quatrième alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :
- ⑦⑨ « II. – Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.
- ⑧⑩ « Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.
- ⑧⑪ « III. – Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;
- ⑧⑫ c) (*Supprimé*)
- ⑧⑬ d) Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

- ⑧4 e) À la seconde phrase du sixième alinéa, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par les références : « aux I et II » et les mots : « des trois prochaines années » sont remplacés par les mots : « de la prochaine année » ;
- ⑧5 f) À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « sixième alinéa du présent article » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa du présent IV » ;
- ⑧6 g) Au dernier alinéa, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou de décision » ;
- ⑧7 15° À l'article L. 162-22-7-3, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », la référence : « L. 5121-12 du code la santé publique » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » et sont ajoutés les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- ⑧8 16° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-5 ainsi rédigé :
- ⑧9 « *Art. L. 165-1-5. – I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre de leur éventuelle prise en charge au titre dudit article L. 165-1.*
- ⑧9 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.
- ⑧9 « II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à

l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans l'indication considérée.

⑨② « III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II du présent article est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du même II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

⑨③ « IV. – L'article L. 162-16-5-4 est applicable aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;

⑨④ 16° *bis (nouveau)* Le II de l'article L. 165-2 est ainsi modifié :

⑨⑤ a) Le 6° est complété par les mots : « , lorsque leur évolution ne correspond pas à celle des besoins en santé » ;

⑨⑥ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑨⑦ « Un intervalle d'au moins trois années doit être respecté entre deux applications successives du critère mentionné au 3° du présent II pour un même produit ou une même prestation. » ;

⑨⑧ 17° Le III de l'article L. 165-4 est ainsi modifié :

- 99) a) Après le premier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- 100) « IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.
- 101) « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.
- 102) « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.
- 103) « À défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;
- 104) b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».
- 105) II, II bis, III et IV. – (*Non modifiés*)

Article 42 bis A (nouveau)

- 1) Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :
- 2) « Art. L. 5121-12-1-1. – I. – En dehors des situations mentionnées aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1 et L. 5121-12, un médicament peut, à titre exceptionnel et de manière temporaire et nominative, être mis à disposition à un stade précoce de développement pour des patients incurables demandeurs, dès l'issue de la phase I des essais cliniques, dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, non investigatoire et ne se substituant pas aux essais cliniques, et au terme d'une procédure déclarative, dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
- 3) « 1° Différer le traitement exposerait le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes ;

- ④ « 2° Il n'existe pas, pour la pathologie dont souffre le patient, d'alternative thérapeutique appropriée et le patient n'est pas susceptible d'être inclus dans un essai clinique, notamment pour des raisons géographiques, de calendrier de l'essai ou de non-satisfaction des critères d'inclusion.
- ⑤ « II. – Les sociétés estimant pouvoir mettre à disposition une molécule dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée s'identifient préalablement, ainsi que leur produit, dans un registre public tenu par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1. Cette inscription ne vaut pas engagement de la société concernée à fournir son produit dans le cadre de cette utilisation mais seulement à accepter de recevoir et d'examiner des demandes en ce sens. La société concernée peut se désinscrire à tout moment.
- ⑥ « L'identification, à travers ce registre, des molécules susceptibles de faire l'objet d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée permet d'assurer également une information de tous sur les traitements potentiellement disponibles.
- ⑦ « Les conditions d'élaboration de ce registre et les données renseignées sont précisées par décret.
- ⑧ « III. – L'utilisation du médicament dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée est placée sous le contrôle d'une personne responsable, résidant en France et rattachée à l'opérateur titulaire des droits sur le médicament, réunissant les compétences médicales et pharmaceutiques appropriées.
- ⑨ « IV. – Le patient demandeur, assisté de son médecin prescripteur, soumet au titulaire des droits sur le médicament une demande de communication d'information des données portant sur le médicament. Le titulaire des droits peut, sans motif, s'y opposer. Dans le cas contraire, il sollicite expressément un comité indépendant, institué dans des conditions déterminées par décret. Le comité fournit au patient volontaire et à son médecin la preuve de l'existence d'éléments scientifiques, précliniques ou cliniques, démontrant le potentiel intérêt thérapeutique chez l'homme et permettant de présumer sa sécurité.
- ⑩ « Le patient demandeur ou, en cas d'incapacité, son représentant légal, est assisté par son médecin pour prendre la pleine mesure de ces informations, le cas échéant à l'aide de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Le patient demandeur ou, en cas

d'incapacité, son représentant légal, prend une pleine connaissance du risque thérapeutique potentiellement associé à l'utilisation du médicament.

- ⑪ « Le patient demandeur, assisté de son médecin traitant, après avoir reçu les éléments sollicités mentionnés au premier alinéa du présent IV, dans les conditions prévues au III, soumet une demande pour une utilisation testimoniale éclairée et surveillée auprès du titulaire des droits sur le médicament. Il exprime de manière expresse assumer entièrement le risque dont il a pris connaissance et décharger tous les tiers de toute responsabilité liée à cette décision.
- ⑫ « Le titulaire des droits transmet sans délai cette demande à la personne responsable mentionnée au même III.
- ⑬ « La personne responsable mentionnée audit III ou la société titulaire des droits peut, au regard de sa connaissance intime de la molécule, s'opposer, sans avoir à motiver sa décision, à la demande d'utilisation testimoniale. En l'absence de réponse de la société titulaire des droits dans le mois à compter de la réception de la demande, celle-ci est réputée refusée.
- ⑭ « V. – En cas d'acceptation par la société titulaire des droits, l'utilisation du médicament fait l'objet, dans des conditions précisées par décret, d'une déclaration préalable auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, adressée par le patient et visée par son médecin prescripteur.
- ⑮ « L'utilisation du médicament fait l'objet d'une surveillance médicale étroite dans des conditions définies par l'opérateur titulaire des droits sur le médicament et validées par le comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV du présent article.
- ⑯ « VI. – L'utilisation du médicament est possible pour une durée limitée, éventuellement renouvelable sur demande du patient, assisté de son médecin prescripteur, dans les mêmes conditions que la demande initiale.
- ⑰ « La durée d'utilisation du traitement ne peut excéder celle autorisée par les essais précliniques de toxicité de long terme déjà effectués sur le produit. Elle peut être, le cas échéant, réévaluée à l'aune des données collectées sur la molécule.
- ⑱ « Le patient, assisté de son médecin, peut à tout moment et sous sa seule responsabilité interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.

- ⑲ « La personne responsable mentionnée au III ou la société titulaire des droits peut également, dans des conditions définies par décret, interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.
- ⑳ « VII. – L'opérateur titulaire des droits sur le médicament dépose chaque année auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 et du comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV du présent article un bilan de l'état d'avancement du développement de son médicament et des données collectées à partir des patients ayant reçu le produit de manière testimoniale, dans des conditions définies par décret.
- ㉑ « L'ensemble des données attachées à la molécule sous utilisation testimoniale éclairée et surveillée, données existantes en amont de cette utilisation ou issues de cette utilisation, restent la propriété pleine, entière et exclusive du titulaire des droits sur le médicament.
- ㉒ « Dans des conditions définies par décret, l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 peut interdire l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament si les conditions prévues pour une telle utilisation ne sont pas remplies ou pour des motifs de santé publique.
- ㉓ « VIII. – L'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament cesse de produire ses effets dès lors que le médicament obtient, dans l'indication concernée, soit une autorisation de mise sur le marché, soit une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12. Il peut également y être mis fin à tout moment, soit par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, soit par la société titulaire des droits, notamment en cas d'impossibilité matérielle de fourniture ou de remise en cause du bénéfice prévisible du médicament au regard des informations disponibles.
- ㉔ « IX. – Un décret précise les conditions dans lesquelles est assurée la protection des données personnelles dont le traitement est rendu nécessaire dans le cadre de l'application du présent article. »

Article 42 bis

(Supprimé)

Article 43

- ① I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° et 2° *(Supprimés)*
- ③ 3° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :
- ④ *a, a bis, b et c) (Supprimés)*
- ⑤ *d)* Au quatrième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « III. – » et, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;
- ⑥ *e)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- ⑦ 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés ;
- ⑧ 5° L'article L. 5125-23-4 est abrogé.
- ⑨ II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑩ 1° A *(nouveau)* Au 4° de l'article L. 161-36-4, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;
- ⑪ 1° B *(nouveau)* Le II de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Un accord conventionnel interprofessionnel conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des médecins et des pharmaciens habilités à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions détermine des objectifs de prescription et de délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique ou biologique similaire tel que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. » ;
- ⑬ 1° L'article L. 162-16 est ainsi modifié :

- ⑭ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑮ a bis) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ⑯ b) Au troisième alinéa, la référence : « cinquième alinéa » est remplacée par la référence : « III » ;
- ⑰ c) Le quatrième alinéa est remplacé par des III et IV ainsi rédigés :
- ⑱ « III. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application des dispositions du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques appartenant au groupe générique concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :
- ⑲ « 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;
- ⑳ « 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique.
- ㉑ « Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.
- ㉒ « Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques appartenant au groupe générique concerné.
- ㉓ « Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.
- ㉔ « IV. – Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. » ;
- ㉕ d) Au cinquième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « V. – » et la référence : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23, », la référence :

« ou de l'article L. 5125-23-4 » et les mots : « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;

- ②6 e) Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- ②7 – au début, est ajoutée la mention : « VI. – » ;
- ②8 – à la première phrase, la première occurrence des références : « cinquième et sixième alinéas » est remplacée par les références : « III et V du présent article » et la seconde occurrence des références : « cinquième et sixième alinéas » est remplacée par les références : « mêmes III et V » ;
- ②9 – à la fin de la seconde phrase, les mots : « , de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la santé » ;
- ③0 f) Au début du huitième alinéa, est ajoutée la mention : « VII. – » ;
- ③1 2° L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :
- ③2 a) À la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;
- ③3 b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ③4 3° L'article L. 162-30-2 est ainsi modifié :
- ③5 a) Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement. » ;
- ③6 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ③7 « Pour l'application du 1° du présent article, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »

- ③⑧ III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnée à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.
- ③⑨ III bis. – (*Supprimé*)
- ④⑩ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Article 43 bis

(*Conforme*)

TITRE III

MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 44 A (*nouveau*)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et, à la fin, la date : « 1^{er} janvier 1955 » est remplacée par la date : « 1^{er} mai 1958 » ;
- ④ b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa du présent article pour les assurés nés avant le 1^{er} mai 1958. Pour les assurés nés entre le 1^{er} mai 1957 et le 30 avril 1958, cet âge est fixé à soixante-deux ans et six mois. » ;
- ⑥ 2° Après le mot : « âge », la fin du 1° de l'article L. 351-8 est ainsi rédigée : « de soixante-sept ans ; ».

Article 44

- ① L'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° Après les mots : « sur la base », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « de l'indice des prix hors tabac prévisionnel figurant dans le projet de loi de finances de l'année. » ;
- ③ 2° Le second alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Si l'indice des prix hors tabac diffère de la prévision, il est ensuite procédé à un ajustement. Cet ajustement comporte :
- ⑤ « 1° Une compensation de l'écart entre les sommes effectivement perçues et celles qui auraient dû l'être pour respecter la parité entre, d'une part, l'évolution des prestations et, d'autre part, l'indice des prix à la consommation hors tabac ;
- ⑥ « 2° Une revalorisation destinée à maintenir, pour l'avenir, ladite parité. »

Articles 45 et 46

(Conformes)

Article 47

- ① I. – Le livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° et 2° *(Supprimés)*
- ③ 3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 663-1, les mots : « proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement » sont supprimés.
- ④ II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑤ 1° À la première phrase du second alinéa du 1° de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;
- ⑥ 2° L'article L. 732-10 est ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 732-10.* – Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant une durée minimale fixée par décret bénéficient, sur leur

demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole.

- ⑧ « Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa du présent article ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité pendant une durée minimale fixée par décret bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑨ « L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas du présent article dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 732-10-1 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Au premier alinéa, au début, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « ou, lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. » ;
- ⑫ b) Au second alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;
- ⑬ 4° L'article L. 732-12-2 est ainsi modifié :
- ⑭ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « prévue » est remplacé par les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières dans les conditions prévues » ;
- ⑮ b) Au dernier alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières ».
- ⑯ III. – (*Non modifié*)

Articles 47 bis et 47 ter

(Conformes)

Article 47 quater

Dès réception d'une déclaration de grossesse, l'organisme de sécurité sociale adresse à l'intéressée un document détaillant l'ensemble de ses droits et lui indiquant qu'elle peut bénéficier, le cas échéant et à sa demande, d'un report de cotisations sociales dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 47 quinquies

(Supprimé)

Articles 48 à 50

(Conformes)

TITRE IV

**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET
DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES
RÉGIMES OBLIGATOIRES**

Articles 51, 51 bis et 52 à 54

(Conformes)

Article 54 bis A (nouveau)

- ① Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les établissements mentionnés aux articles L. 1313-1 et L. 1413-1 du code de la santé publique et à l'article L. 4642-1 du code du travail remettent tous les trois ans aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du travail, au directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du présent code et au président du conseil

d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime un rapport examinant les besoins de création ou de révision des tableaux mentionnés aux premier à quatrième alinéas, à partir de données épidémiologiques réactualisées dans le domaine de la santé au travail. »

Article 54 bis B (nouveau)

① I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

② « *CHAPITRE III BIS*

③ « *Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques*

④ « *Section 1*

⑤ « *Réparation des divers préjudices*

⑥ « *Art. L. 253-19.* – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1.

⑦ « *Section 2*

⑧ « *Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques*

⑨ « *Art. L. 253-20.* – Il est créé un Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il regroupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

⑩ « Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

⑪ « *Art. L. 253-21.* – Le demandeur justifie de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

- ⑫ « En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à l'article L. 253-23 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.
- ⑬ « Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.
- ⑭ « Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.
- ⑮ « Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.
- ⑯ « Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.
- ⑰ « Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux cinquième et sixième alinéas du présent article, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

- ⑱ « Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.
- ⑲ « Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.
- ⑳ « Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical et du secret industriel et commercial.
- ㉑ « *Art. L. 253-22.* – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.
- ㉒ « Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.
- ㉓ « L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.
- ㉔ « Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.
- ㉕ « L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 du présent code vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques.

- ②⑥ « *Art. L. 253-23.* – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.
- ②⑦ « Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.
- ②⑧ « *Art. L. 253-24.* – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.
- ②⑨ « Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.
- ③⑩ « Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.
- ③⑪ « La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.
- ③⑫ « *Art. L. 253-25.* – Le fonds est financé par :
- ③⑬ « 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 ;
- ③⑭ « 2° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-23 ;
- ③⑮ « 3° Les produits divers, dons et legs.
- ③⑯ « *Art. L. 253-26.* – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

- ③7 « Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :
- ③8 « 1° Pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;
- ③9 « 2° Pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques.
- ④0 « *Art. L. 253-27.* – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril de chaque année.
- ④1 « Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État.
- ④2 « Le délai fixé au premier alinéa de l'article L. 253-23 est porté à douze mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné au deuxième alinéa. »
- ④3 II – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :
- ④4 « VI. – Le produit de la taxe est affecté :
- ④5 « 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;
- ④6 « 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

Articles 54 bis et 55 à 58

(Conformes)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 20 novembre 2018.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER

ANNEXE A

**RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE,
AU 31 DÉCEMBRE 2017, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE
BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR
FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À
LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET
DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTION
DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS
CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2017**

(Conforme)

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L’OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D’ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

- ① La présente annexe décrit l’évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2019-2022. Cette période sera marquée dès 2019 par le retour à l’équilibre de l’ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), permettant d’amplifier le désendettement de la sécurité sociale (I). Le financement de la sécurité sociale sur cette période évoluera substantiellement sous l’effet des nouvelles mesures de baisse pérenne des cotisations sociales qui en feront évoluer la structure (II). S’agissant de la branche maladie du régime général, la limitation de la progression de l’ONDAM permettra sur la période de continuer de dégager des économies tout en finançant les priorités du Gouvernement telles que l’accès aux soins et au droit à un remboursement intégral (III). L’équilibre financier des autres branches prestataires sera conforté sur la période quadriennale en vue de permettre le désendettement et le financement des priorités du Gouvernement (IV).
- ② **I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 consolide le retour à l’équilibre des comptes sociaux et permet de garantir le désendettement de la sécurité sociale malgré des hypothèses macroéconomiques revues à la baisse.**
- ③ Pour 2019, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB et de la masse salariale privée identiques à la prévision pour 2018 (respectivement 1,7 % et 3,5 %) et une hypothèse d’inflation en léger repli (1,3 %).
- ④ Pour les années 2020 à 2022, les hypothèses du Gouvernement sont basées sur une consolidation de la croissance (avec un PIB qui progresse en volume chaque année de 1,7 %) et une accélération progressive de l’inflation (+1,8 % à partir de 2021), qui aurait à son tour un effet à la

hausse sur les salaires se traduisant par une accélération de la masse salariale (+3,7 % en 2022).

⑤ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2019 au Conseil des ministres, et considère que ce scénario macroéconomique est crédible pour 2018 et plausible pour 2019.

⑥ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

⑦

Principales hypothèses retenues	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PIB volume.....	1,2 %	2,2 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
Masse salariale privée.....	2,4 %	3,5 %	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %	3,7 %
ONDAM.....	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Inflation.....	0,2 %	1,0 %	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %

⑧ Cette reprise favorise le redressement financier des régimes de sécurité sociale.

⑨ L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses entraînent une réduction significative des déficits sociaux, et permettent d'envisager un retour à l'équilibre de la sécurité sociale dès 2019, après 18 années de déficit. Le régime général devrait ainsi être en excédent dès 2018 et l'ensemble constitué par le régime général et le FSV dès l'année suivante. Ces bons résultats tiennent à la fois à la réalisation des économies prévues et au choix fait de compenser à la sécurité sociale les pertes de recettes qu'elle a supportées du fait de la politique de baisse du coût du travail, dans un contexte où l'État continuera de présenter des déficits conséquents.

⑩ Ce contexte de redressement doit être mis à profit afin de préparer l'avenir en consolidant la situation des finances sociales et des finances publiques de manière plus générale.

⑪ La trajectoire financière offre tout d'abord la possibilité d'achever le remboursement de la dette sociale dans le respect du terme fixé à 2024 et sans aucune hausse des prélèvements. Il s'agit d'un engagement fort du Gouvernement pour la préservation et la pérennisation de notre système de

protection sociale, afin de ne pas faire peser l'effort sur les générations futures. Le remboursement de l'ensemble de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), jusqu'en 2016 (soit 260 milliards d'euros) est en effet financé et garanti jusqu'à cette date. Il reste toutefois à prévoir le remboursement de la dette non reprise accumulée à l'ACOSS, dont la dette de trésorerie s'élève à près de 27 milliards d'euros.

- ⑫ Or cette dette peut être remboursée sans reporter l'échéance de 2024 ni augmenter les prélèvements obligatoires. Pour ce faire, il est proposé de transférer à compter de 2020, et jusqu'en 2022, 15 milliards d'euros de la dette restant accumulée à l'ACOSS à la CADES, ainsi que les ressources de contribution sociale généralisée (CSG) permettant cet apurement d'ici 2024, soit 1,5 milliard d'euros de CSG supplémentaire à compter de 2020, 2 milliards d'euros supplémentaires l'année suivante, augmentés enfin de 1,5 milliard à compter de 2022 soit au total une affectation de 5 milliards d'euros sur trois ans. Ce transfert des ressources rendues disponibles par les prévisions d'excédents sera réalisé sans aucun impact pour les contribuables.
- ⑬ Ce transfert autorise le maintien à l'équilibre durable de la sécurité sociale tout en permettant de faire évoluer les modalités d'application du principe de compensation intégrale des pertes de recettes de la sécurité sociale, comme le Gouvernement l'a proposé dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022. Ce rapport recommande que, pour l'avenir, les baisses de prélèvements obligatoires seront supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.
- ⑭ Le projet de loi fait application de ce principe, qui conduit à faire une exception à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour les pertes de recettes consécutives à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires, à l'exonération de forfait social au titre de l'intéressement dans les petites et moyennes entreprises et des mesures en faveur de la participation prévue par la loi relative au plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises (dite loi « PACTE »), à la suppression de la taxe sur les farines et à l'application des réductions de cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie dans les régimes spéciaux.

⑮ Les ressources correspondant à ces deux mouvements de désendettement et de partage du coût des exonérations avec le budget de l'État sont réparties entre les branches en fonction de leur capacité contributive.

⑯ La trajectoire d'excédents présentée dans le cadre du présent projet de loi tient compte de ces mouvements tout en garantissant l'équilibre durable de la sécurité sociale.

⑰ **II. – Les mesures de la LFSS 2019 en faveur de la compétitivité se traduisent par des modifications importantes des modalités de financement de la sécurité sociale**

(Non modifié)

⑱ **III. – La LFSS pour 2019 reflète un engagement du Gouvernement en faveur de la transformation de notre système de santé**

(Non modifié)

⑲ **IV. – La revalorisation maîtrisée des prestations sociales contribuera à l'équilibre des branches famille et vieillesse sur la période**

⑳ La revalorisation différenciée des prestations limitera la progression des dépenses des branches prestataires, et conduira en 2019 à réduire de 1,5 milliard d'euros la progression des dépenses de pensions de retraite à la charge de la branche Vieillesse du régime général.

㉑ Afin de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes, l'assurance vieillesse bénéficiera en contrepartie de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche Famille. Les recettes de la branche Vieillesse seront toutefois affectées par la réduction du forfait social sur l'intéressement et la participation.

- ② La revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sera supportée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure forte de solidarité représente un effort estimé à 525 millions d'euros sur 3 ans.
- ③ La branche Vieillesse du régime général sera excédentaire, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, sur l'ensemble de la période.
- ④ La branche Famille bénéficiera également en 2019 de l'effet de la revalorisation différenciée des prestations, permettant une économie de 260 millions d'euros. L'évolution du solde en 2019 sera affectée négativement par le transfert d'une partie des recettes de taxe sur les salaires à la branche Vieillesse. Le solde de la branche restera équilibré, après prise en compte des transferts à l'État et liés au désendettement, jusqu'en 2022.

25

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie					
Recettes	210,4	216,0	221,0	229,2	235,6
Dépenses	211,3	216,4	221,0	225,7	230,6
Solde	-0,9	-0,5	0,0	3,5	5,0
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	12,8	13,3	13,4	13,6	13,8
Dépenses	12,0	12,2	12,2	12,4	12,5
Solde	0,8	1,1	1,2	1,3	1,3
Famille					
Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
Dépenses	50,1	50,3	50,5	51,0	51,9
Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse					
Recettes	134,5	137,6	140,9	145,3	150,2
Dépenses	133,7	136,9	140,2	144,9	150,2
Solde	0,8	0,7	0,8	0,4	0,0
Régime général consolidé					
Recettes	395,2	405,2	412,5	425,5	437,6
Dépenses	394,1	402,7	410,6	420,4	431,4
Solde	1,1	2,5	1,9	5,1	6,2

26

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie					
Recettes	211,9	217,5	222,6	230,8	237,2
Dépenses	212,8	218,0	222,6	227,3	232,2
Solde	-0,9	-0,5	0,0	3,5	5,0
Accidents du travail et maladies professionnelles					
Recettes	14,2	14,7	14,8	15,1	15,3
Dépenses	13,3	13,5	13,6	13,8	14,0
Solde	0,9	1,2	1,2	1,3	1,3
Famille					
Recettes	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
Dépenses	50,1	50,3	50,4	51,0	51,9
Solde	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0
Vieillesse					
Recettes	236,9	241,4	246,2	252,6	259,5
Dépenses	236,6	241,2	245,7	252,8	260,9
Solde	0,4	0,3	0,6	-0,2	-1,3
Régimes obligatoires de base consolidés					
Recettes	499,9	511,3	520,1	535,1	549,3
Dépenses	499,2	509,1	518,3	530,6	544,4
Solde	0,7	2,2	1,8	4,5	4,9

27

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	16,8	16,6	17,1	17,7	18,3
Dépenses	18,9	18,4	17,8	18,0	18,2
Solde	-2,1	-1,8	-0,7	-0,3	0,1

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	394,6	404,9	413,2	423,2	434,3
Dépenses	395,7	404,2	412,0	421,9	432,9
Solde	-1,0	0,7	1,2	1,3	1,3

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes	498,2	509,9	519,8	531,8	544,9
Dépenses	499,6	509,6	518,7	531,1	544,9
Solde	-1,4	0,4	1,0	0,7	0,1

ANNEXE C

**ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE,
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME
GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES
RÉGIMES**

(Conforme)

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa
séance du 20 novembre 2018.*

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER