

N° 22

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

17 novembre 2020

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2021

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) : **3397, 3432, 3434** et T.A. **490**.

Sénat : **101, 107** et **106** (2020-2021).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Articles 1^{er} et 2

(Conformes)

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

- ① I. – Il est institué, au titre de l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2020.
- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2020, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4^o du même II *bis*.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 3 % pour les organismes régis par le code des assurances et à 2,2 % pour les organismes régis par le code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale ou le code rural et de la pêche maritime.
- ⑤ La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2021. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2021.

⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du même code.

⑦ II. – (*Non modifié*)

Article 3 bis (nouveau)

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le II de l'article L. 862-4 est ainsi modifié :

③ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « 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 propose aux bénéficiaires dans le cadre de ce contrat la prise en charge intégrale de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres appartenant à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. » ;

⑤ b) Au dernier alinéa, les mots : « deuxième ou troisième » sont remplacés par les mots : « deuxième, troisième ou quatrième » ;

⑥ 2° Après la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces règles fixent les conditions de la prise en charge intégrale de la prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres appartenant à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. »

Article 4

(Conforme)

Article 4 bis

(Supprimé)

Article 4 ter (nouveau)

- ① I. – À la première phrase du troisième alinéa du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, après le mot : « structures », sont insérés les mots : « à but lucratif ».
- 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 4 quater (nouveau)

- ① I. – À la fin du quatrième alinéa du 3° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « effectuées au domicile à usage privatif » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 7231-1 du code du travail ».
- 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 4 quinquies (nouveau)

- ① I. – Le douzième alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « lorsque la totalité des bénéficiaires des activités d'aide à domicile ne sont pas éligibles ».
- 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 5

(Conforme)

Article 6

- ① Le montant des cotisations et contributions que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse à chaque organisme attributaire en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale comprend les cotisations et contributions acquittées au moyen de l'aide au paiement prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et au II de l'article 6 *ter* de la présente loi.
- ② Il en va de même du montant des cotisations et contributions que la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole enregistre dans les comptes des régimes de protection sociale agricole au titre des opérations effectuées par les caisses de mutualité sociale agricole pour leur propre compte ou pour le compte de tiers ainsi que du montant des cotisations et contributions versé soit par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, soit par les caisses de mutualité sociale agricole à ces tiers.
- ③ Les charges résultant de l'application du présent article pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont compensées par l'État.

Article 6 bis A (nouveau)

- ① I. – La compensation à la branche maladie du coût réel du transfert de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2020 est assurée selon des modalités définies en loi de finances.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour l'État 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 6 bis

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 2° de l'article L. 131-2, le mot : « , versées » est remplacé par le mot : « versés » ;

- ③ 2° Au *b* du 2° de l'article L. 135-2, la référence : « , L. 5423-7 » est supprimée et les mots : « des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 » sont remplacés par les mots : « de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 » ;
- ④ 3° Le 4° du II de l'article L. 136-1-2 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa, les mots : « et avantages attachés à la cessation d'activité, versés aux travailleurs privés d'emploi, totalement ou partiellement, hors ceux mentionnés au 3° de l'article L. 131-2 du présent code, perçus » sont remplacés par le mot : « perçues » ;
- ⑥ b) Au second alinéa, après le mot : « allocations », sont insérés les mots : « ainsi que sur les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 » ;
- ⑦ c) (*nouveau*) Au même second alinéa, les mots : « le montant net de celles-ci » sont remplacés par les mots : « leur montant net » et le mot : « perçue » est remplacé par les mots : « ou de l'avantage perçu » ;
- ⑧ 4° À la fin du 3° du I de l'article L. 136-2, les mots : « de chômage mentionnées au I de l'article L. 136-1-2 » sont remplacés par les mots : « et avantages mentionnés au *a* du 1° du II de l'article L. 136-8 » ;
- ⑨ 5° L'article L. 136-8 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le 1° du II est ainsi rédigé :
- ⑪ « 1° Sont assujettis à la contribution au taux de 6,2 % :
- ⑫ « *a*) Les allocations de chômage et les avantages mentionnés au 2° de l'article L. 131-2 ;
- ⑬ « *b*) Les indemnités journalières et allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs, à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- ⑭ « *c*) Les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 ; »
- ⑮ b) Au premier alinéa du III, les mots : « aux 1° et 4° » sont remplacés par les mots : « au 1° et au premier alinéa du 4° » ;
- ⑯ c) À la première phrase du 2° du III, après le mot : « inférieurs », sont insérés les mots : « ou égaux » ;

- ⑰ 6° Le 2° de l'article L. 351-3 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Les mots : « , aux 2° et 4° de l'article L. 5123-2 » sont supprimés ;
- ⑲ b) Les mots : « aux articles L. 5122-4 et L. 5123-6 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 5123-6 dudit code » ;
- ⑳ c) Les mots : « ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer » sont supprimés ;
- ㉑ d) Sont ajoutés les mots : « ou de l'indemnité horaire mentionnée au II de l'article L. 5122-1 du code du travail ».
- ㉒ II. – (*Non modifié*)
- ㉓ III. – Le code du travail est ainsi modifié :
- ㉔ 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 1233-71 est complété par les mots : « , pouvant être portés à vingt-quatre mois en cas de formation de reconversion professionnelle » ;
- ㉕ 2° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 1233-72 est ainsi rédigée : « Les dispositions de l'article L. 5122-4 sont applicables à cette rémunération. » ;
- ㉖ 3° Le second alinéa de l'article L. 1237-18-3 est ainsi rédigé :
- ㉗ « Cette rémunération est soumise, dans la limite des douze premiers mois du congé pouvant être portés à vingt-quatre mois en cas de formation de reconversion professionnelle, au même régime social que celui de l'allocation versée au bénéficiaire du congé de reclassement prévue au dernier alinéa de l'article L. 1233-72. » ;
- ㉘ 4° Le premier alinéa de l'article L. 5122-4 est ainsi rédigé :
- ㉙ « L'indemnité légale d'activité partielle est un revenu de remplacement au sens de l'article L. 136-1-2 du code de la sécurité sociale et est assujettie à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du même code dans les conditions définies au 1° du II de l'article L. 136-8 dudit code. Le régime fiscal applicable aux contributions mentionnées à l'article L. 5422-10 du présent code est applicable à l'indemnité versée au salarié. » ;

- ③⑩ 5° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5422-10, les mots : « ne sont passibles ni du versement forfaitaire sur les salaires ni des cotisations et des contributions de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « sont exclues de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale » ;
- ③⑪ 6° (*nouveau*) Au second alinéa du même article L. 5422-10, après la référence : « L. 5422-9 », sont insérés les mots : « du présent code ».
- ③⑫ IV à VIII. – (*Non modifiés*)

Article 6 ter

- ① I. – A. – Les employeurs mentionnés au B du présent I bénéficient, dans les conditions prévues au présent article, d'une exonération totale des cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, à l'exception des cotisations affectées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, dues au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II du même article L. 241-13, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime.
- ② B. – Sont éligibles à l'exonération prévue au A :
- ③ 1° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à 250 salariés qui ont été particulièrement affectés par les conséquences économiques et financières de la propagation de l'épidémie de covid-19 et qui exercent leur activité principale :
- ④ a) Dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, du transport aérien, de l'évènementiel ;
- ⑤ b) Dans des secteurs d'activités dont l'activité dépend de celle de ceux mentionnés au a du présent 1°.

- ⑥ Le bénéfice de l'exonération est réservé à ceux parmi ces employeurs qui ont fait l'objet de mesures d'interdiction d'accueil du public, à l'exception des activités de livraison, de retrait de commande ou de vente à emporter, prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique ou qui ont constaté au titre du mois suivant celui au titre duquel l'exonération est applicable une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 50 % par rapport à la même période de l'année précédente. Un décret prévoit, notamment pour les activités présentant une forte saisonnalité, les modalités d'appréciation de la baisse de chiffre d'affaires ;
- ⑦ 2° Les employeurs dont l'effectif est inférieur à 50 salariés, qui exercent leur activité principale dans d'autres secteurs que ceux mentionnés au 1° du présent B et qui ont fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante la poursuite de leur activité, à l'exception des activités de livraison, de retraite de commande ou de vente à emporter.
- ⑧ C. – L'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues par les employeurs mentionnés au 1° du B au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} septembre 2020 à condition, pour ceux mentionnés au a du même 1°, qu'ils exercent leur activité dans un lieu concerné par les mesures de réglementation ou d'interdiction de la circulation des personnes ou d'accueil du public prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire en application de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique avant le 30 octobre 2020. Pour les employeurs exerçant dans un lieu concerné par ces mesures à compter du 30 octobre ainsi que pour ceux établis dans les départements d'outre-mer où ces mesures ne sont pas applicables, l'exonération prévue au présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter du 1^{er} octobre 2020.
- ⑨ Cette exonération est applicable pour une période maximale de trois mois et au plus tard pour les périodes d'emploi courant jusqu'au 30 novembre 2020.
- ⑩ D. – L'exonération est appliquée sur les cotisations et contributions sociales mentionnées au présent I restant dues après application de toute exonération totale ou partielle de cotisations sociales, de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

- ⑪ II. – Les employeurs mentionnés au I du présent article bénéficient d'une aide au paiement de leurs cotisations et contributions sociales, égale à 20 % du montant des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, déterminées en application de l'article L. 242-1 du même code ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, dues au titre des périodes d'emploi mentionnées au 2° du I du présent article.
- ⑫ L'aide est imputable sur l'ensemble des sommes dues aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime au titre des années 2020 et 2021, après application de l'exonération mentionnée au I du présent article et de toute autre exonération totale ou partielle applicable. Pour l'application des articles L. 131-7, L. 133-4-2 et L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, cette aide est assimilée à une mesure de réduction.
- ⑬ L'aide n'est pas applicable aux rémunérations au titre des périodes d'emploi pour lesquelles s'applique l'aide prévue au II de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.
- ⑭ III. – Lorsqu'ils satisfont aux conditions d'activité principale, de lieu d'exercice de l'activité et de fermeture ou de baisse de chiffre d'affaires mentionnées au I du présent article, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code et les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés aux articles L. 722-4 et L. 781-9 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions de sécurité sociale. Le montant de la réduction est fixé, pour chacun de ces secteurs, par décret.

- ⑮ Cette réduction peut porter, dans des conditions prévues par décret, sur les cotisations dues au titre de l'année 2020 ou de l'année suivante. Elle s'applique dans la limite des montants dus aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime au titre de cet exercice. Pour déduire de leurs cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale exigibles la réduction prévue au premier alinéa du présent III, les travailleurs indépendants peuvent appliquer au revenu estimé qu'ils déclarent en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale un abattement dont le montant est fixé par décret. Les majorations de retard prévues au même avant-dernier alinéa ne sont pas applicables au titre des revenus de l'année 2021.
- ⑯ Dans les mêmes conditions, et lorsque l'entreprise dont ils sont mandataires satisfait aux conditions d'effectif mentionnées au I du présent article, les mandataires sociaux mentionnés aux 11°, 12°, 13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ou aux 8° et 9° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'une réduction des cotisations et contributions dues au titre de l'année 2020 ou de l'année 2021, dont le montant et les modalités d'imputation sur les sommes dues sont fixées par décret.
- ⑰ IV à VI. – *(Non modifiés)*

Article 6 quater (nouveau)

- ① I. – En cas de limitation de la capacité d'accueil à 1 000 personnes ou moins d'un établissement recevant du public dans lequel se déroule une compétition sportive professionnelle organisée par une fédération sportive délégataire ou une ligue professionnelle constituée en application de l'article L. 132-1 du code du sport au cours de la période d'état d'urgence sanitaire ou du régime transitoire institué à la sortie de l'état d'urgence sanitaire, les cotisations et contributions sociales mentionnées au I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dues par les clubs sportifs professionnels y participant au titre des revenus déterminés en application de l'article L. 242-1 du même code, font l'objet d'une exonération totale pour la période allant de la date de mise en place effective de ces limitations au 30 juin 2021.

② En cas de levée de ces restrictions d'accès avant le 30 juin 2021, le bénéfice de l'exonération prévue au premier alinéa du présent I cesse à compter de la date de fin de ces restrictions.

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 7

① Au titre de l'année 2020, sont rectifiés :

② 1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	205,6	239,3	-33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,9	-0,4
Vieillesse	236,6	247,0	-10,3
Famille	46,9	50,4	-3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	489,1	536,9	-47,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	486,7	537,4	-50,7 ;

- ④ 2° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑤

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,1	237,8	-33,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0	12,4	-0,4
Vieillesse	132,0	140,6	-8,6
Famille	46,9	50,4	-3,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	382,0	428,1	-46,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	380,8	429,8	-49,0 ;

- ⑥ 3° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

⑦

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,7	19,7	-2,9 ;

- ⑧ 4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

- ⑨ 5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

- ⑩ 6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 15,9 milliards d'euros.

Article 8

① Au titre de l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	90,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	12,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,9
Autres prises en charge	7,2
Total	218,9

Article 9

(Supprimé)

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10 A (nouveau)

- ① I. – Au 1^o du II de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « au 5^o *bis* du III de l'article L. 136-1-1, au 3 *bis* de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéas de l'article L. 137-15, » sont supprimés.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 10

- ① Il est institué au titre de l'année 2021 une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ② Cette contribution est due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale en activité au 31 décembre 2021.

- ③ La contribution est assise sur l'ensemble des sommes versées en 2021, au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaire, au profit de ces organismes selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4, à l'exception des garanties mentionnées au 4° du même II *bis*.
- ④ Le taux de la contribution est fixé à 2,6 %.
- ⑤ La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée audit article L. 862-4, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle est déclarée et liquidée au plus tard le 31 janvier 2022. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle selon les mêmes modalités que la contribution mentionnée au même article L. 862-4, au plus tard le 30 juin 2022.
- ⑥ Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, garanties et sanctions prévues au premier alinéa de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale.

Articles 11 et 12

(Conformes)

Article 13

- ① I. – Le 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.
- ② II (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis A (*nouveau*)

- ① I. – L'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° L'année : « 2019 » est remplacée par les mots : « 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022 » ;

- ③ 2° Le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».
- ④ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis B (nouveau)

- ① I. – Le troisième alinéa du I de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « à l'exclusion des tâches réalisées par des entreprises de travaux forestiers, » sont supprimés ;
- ③ 2° Après la référence : « L. 722-1 », sont insérés les mots : « et au 1° de l'article L. 722-2 ».
- ④ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis C (nouveau)

- ① I. – L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au III *ter*, les mots : « et III *bis* » sont remplacés par les références : « , III *bis* et IV » ;
- ③ 2° Le IV est ainsi rétabli :
- ④ « IV. – Par dérogation au I du présent article, sont également assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus mentionnés au *a* du I de l'article L. 136-6 dès lors que les biens à l'origine des revenus visés sont donnés à bail :
- ⑤ « *a*) Dans les conditions prévues aux articles L. 411-1, L. 416-1 à L. 416-6, L. 416-8 et L. 416-9 du code rural et de la pêche maritime ou à bail cessible dans les conditions prévues aux articles L. 418-1 à L. 418-5 du même code ;

- ⑥ « b) À un exploitant agricole respectant les critères de l'article D. 343-4 dudit code, et dont la surface totale d'exploitation n'excède pas 1,5 fois le seuil mentionné au II de l'article L. 312-1 du même code. »
- ⑦ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis D (nouveau)

- ① I. – L'article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation, la réduction est applicable à l'ensemble des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles quel que soit leur statut. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis E (nouveau)

- ① I. – Le premier alinéa du I de l'article L. 243-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées ne peut concerner que les cotisations acquittées au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de cette demande ainsi que les cotisations acquittées au cours de l'année de versement. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis F (nouveau)

- ① I. – Le dernier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les zones mentionnées au même 1°, les médecins exerçant au-delà de l'âge légal de départ en retraite bénéficient d'un abaissement de leurs charges sociales. »
- ② II. – Les modalités d'application du I du présent article sont précisées par décret.
- ③ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 13 bis G (nouveau)

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Le second alinéa de l'article L. 731-25 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Nonobstant l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale, la réduction est également applicable aux personnes bénéficiant de l'exonération partielle mentionnées à l'article L. 731-13 du présent code. » ;
- ③ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-35 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Nonobstant l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale, la réduction est également applicable aux personnes bénéficiant de l'exonération partielle mentionnées à l'article L. 731-13 du présent code. »
- ④ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 bis

(Conforme)

Article 13 ter A (nouveau)

- ① I. – Les cotisations dues au titre des prestations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'assurance maladie, invalidité et maternité, de l'assurance vieillesse par les travailleurs relevant du régime de protection sociale défini à l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime font l'objet d'une exonération totale ou partielle dans les conditions prévues au II du présent article.
- ② II. – Cette exonération est accordée aux travailleurs non-salariés agricoles mentionnés au 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime qui exercent leur activité principale dans le secteur de la culture de la vigne mentionné à l'annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020 relatif au fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation et dont l'activité a été réduite au cours de l'année 2020 d'au moins 40 % par rapport à l'année précédente.
- ③ Le montant de l'exonération est égal au produit des revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime et d'un coefficient. Ce coefficient est déterminé proportionnellement à la perte subie par application d'une formule fixée par décret.
- ④ Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés au 1° de l'article L. 722-1 du même code qui ne bénéficient pas du présent dispositif d'exonération peuvent demander à bénéficier d'une remise partielle des dettes de cotisations et contributions mentionnées au I du présent article constituées au titre de l'année 2020 ou d'un échéancier de règlement sur trente-six mois. Le niveau de la remise ne peut excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.
- ⑤ La réduction d'activité est appréciée selon les modalités définies par décret pour le bénéfice du fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19.

- ⑥ III. – Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret.
- ⑦ IV. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 *ter* B (nouveau)

- ① I. – L’article L. 241-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 241-14. – I. –* 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, mentionnées à l’article L. 241-13, à l’exception des cotisations à la charge de l’employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, qui sont assises sur des gains et rémunérations tels que définis à l’article L. 242-1 du présent code ou à l’article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, font l’objet d’une exonération totale ou partielle dans les conditions prévues au II du présent article.
- ③ « II. – Cette exonération est assise au titre de l’année 2021 sur les revenus d’activité versés aux salariés mentionnés au 1° et aux 6° à 10° de l’article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime exerçant leur activité principale dans le secteur de la culture de la plante de canne à sucre, mentionnée à l’annexe II du décret n° 2020-371 du 30 mars 2020, dans les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution.
- ④ « Elle est appliquée sur le montant de cotisations et contributions sociales mentionnées au présent I restant dues après application de la réduction prévue au I de l’article L. 241-13 ou de toute autre exonération de cotisations sociales ou de taux spécifiques, d’assiettes et de montants forfaitaires de cotisations, à hauteur de :
- ⑤ « 1° 100 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d’affaires en 2020 d’au moins 60 % par rapport à l’année précédente ;
- ⑥ « 2° 50 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d’affaires en 2020 d’au moins 40 % par rapport à l’année précédente ;

- ⑦ « 3° 25 % pour les entreprises qui ont constaté une baisse de chiffre d'affaires en 2020 d'au moins 20 % par rapport à l'année précédente.
- ⑧ « Une remise peut être accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont relèvent les travailleurs à ceux des employeurs dont l'activité a été réduite au cours de la période d'activité par rapport à la même période de l'année précédente et qui ne peuvent pas bénéficier du présent dispositif d'exonération. Le niveau de la remise ne peut excéder le sixième des sommes dues au titre de l'année 2020.
- ⑨ « La réduction d'activité est appréciée selon les modalités définies par décret pour le bénéfice du fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19.
- ⑩ « III. – Les conditions de la mise en œuvre du présent article sont fixées par décret. »
- ⑪ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 *ter*

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le *f* du 4° du III de l'article L. 136-1-1 est ainsi rétabli :
- ③ « *f*) Afin de favoriser le développement du sport en entreprise, les avantages que représentent pour ses salariés la mise à disposition par l'employeur d'équipements sportifs à usage collectif et le financement de prestations sportives à destination de l'ensemble de ses salariés, dans des conditions et limites prévues par décret ; »
- ④ 2° Le 8° du II de l'article L. 242-1, dans sa rédaction résultant de l'article 37 *bis* de la loi n° du d'accélération et de simplification de l'action publique, est abrogé.
- ⑤ II. – Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} mars 2021.

Article 13 quater

- ① I. – Le 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin, les mots : « et de la production audiovisuelle » sont supprimés ;
- ③ 2° (*nouveau*) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de l'exonération calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B est applicable aux employeurs relevant des secteurs du bâtiment et des travaux publics pour le paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 dues sur les années 2021 et 2022 ; ».
- ④ II. – (*Non modifié*)
- ⑤ III (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du 2° 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 13 quinquies A (*nouveau*)

- ① I. – L'article L. 646-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 quinquies

- ① I. – L'article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du premier alinéa, les mots : « ainsi que pour les retenues pour pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;

- ③ 2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :
- ④ « L'indemnité de feu est assujettie aux retenues et contributions supportées au titre des pensions par les intéressés et leurs collectivités employeurs dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤ 3° Le dernier alinéa est supprimé.
- ⑥ II. – (*Non modifié*)
- ⑦ III (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la suppression de la majoration de la retenue supportée par les intéressés 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 13 *sexies*

(*Conforme*)

Article 13 *septies* (*nouveau*)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 136-6 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa du I, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;
- ④ b) Les *I bis* et *I ter* sont abrogés ;
- ⑤ c) À la première phrase du premier alinéa du III, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par le mot : « et » ;

- ⑥ 2° L'article L. 136-7 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le I est ainsi modifié :
- ⑧ – au premier alinéa, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit, à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;
- ⑨ – à la première phrase du 1°, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France, à raison de l'origine de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;
- ⑩ b) Les *I bis* et *I ter* sont abrogés ;
- ⑪ c) Le deuxième alinéa du VI est supprimé.
- ⑫ II. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :
- ⑬ 1° Au premier alinéa du I de l'article 15, les références : « aux I et *I bis* » sont remplacées par la référence : « au I » ;
- ⑭ 2° À la première phrase du I de l'article 16, les références : « aux I et *I bis* » sont remplacées par la référence : « au I ».
- ⑮ III. – Le 1° du I s'applique aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2021.
- ⑯ IV. – Le 1° du I s'applique aux plus-values réalisées au titre des cessions intervenues à compter du 1^{er} janvier 2021.
- ⑰ V. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 13 octies (nouveau)

- ① I. – Le premier alinéa de l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, si ce dépassement résulte d'un cumul d'indemnités et que le montant de l'indemnité principale est inférieur à ce seuil, il n'est pas tenu compte de l'indemnité au montant le plus faible dans le calcul du montant total. »
- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.

CHAPITRE I^{ER} BIS

Encourager l'activité des jeunes et faciliter leur insertion sur le marché de l'emploi

(Division et intitulé nouveaux)

Article 13 nonies (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental et pendant une durée de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, tout mineur âgé de seize ans révolus est attributaire d'un numéro d'identification valant, le cas échéant, immatriculation pour l'exercice à titre de travailleur indépendant au sens de l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à son vingt-cinquième anniversaire et dans la limite d'un chiffre d'affaires annuel ne dépassant pas 12 000 €, d'une activité soumise au régime défini à l'article 50-0 du code général des impôts.
- ② Pour l'application du I de l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, le taux global des cotisations et contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants dont l'activité relève du premier alinéa du présent article est fixé à 5 %.
- ③ Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article 388-1-2 du code civil.

- ④ Le numéro d'identification est communiqué au mineur au moins deux mois avant son seizième anniversaire. À cette occasion, le mineur est informé de sa possibilité d'exercer une activité de travailleur indépendant dans les conditions prévues aux trois premiers alinéas du présent I ; il lui est précisé que, en cas de dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa, et en tout état de cause à compter de son vingt-cinquième anniversaire, la poursuite de son activité sous le régime de l'article 50-0 du code général des impôts est subordonnée aux conditions d'immatriculation prévues par les lois et règlements et que le taux global des cotisations et contributions de sécurité sociale dont il est redevable à ce titre est celui fixé par le décret prévu au premier alinéa du I de l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale. Ces éléments relatifs à la poursuite de son activité à compter de son vingt-cinquième anniversaire lui sont rappelés au plus tard six mois avant cette échéance.
- ⑤ Six mois au moins avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport procédant à son évaluation.
- ⑥ Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.
- ⑦ II. – La perte de recettes résultant pour l'État 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.
- ⑧ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.

CHAPITRE II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14

(Conforme)

Article 14 bis A (nouveau)

- ① I. – Après le *d* du 4° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un *d* bis ainsi rédigé :
- ② « *d* bis) La carte accordée par nécessité de service aux salariés des opérateurs de transports publics urbains, en application d'une convention collective nationale ; ».
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 14 bis B (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, pour les besoins de la recherche et de la constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale, les agents de l'État ou des organismes de sécurité sociale peuvent, chacun pour ce qui les concerne, collecter et exploiter au moyen de traitements informatisés et automatisés n'utilisant aucun système de reconnaissance faciale les contenus, librement accessibles sur les sites internet des opérateurs de plateforme en ligne mentionnés au 2° du I de l'article L. 111-7 du code de la consommation, manifestement rendus publics par leurs utilisateurs.
- ② Les traitements mentionnés au premier alinéa du présent I sont mis en œuvre par les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale spécialement habilités à cet effet par leur directeur ou directeur général de leur organisme ou administratif respectif et ayant le grade de contrôleur ou équivalent, dans les conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les agents concourant à la conception et à la mise en œuvre des traitements en cause sont tenus au secret professionnel.

- ③ Les données à caractère personnel mentionnées au premier alinéa du présent I ne peuvent faire l'objet d'une opération de collecte, de traitement et de conservation de la part d'un sous-traitant, à l'exception de la conception des outils de traitement des données.
- ④ Les données sensibles, au sens du I de l'article 6 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et les autres données manifestement sans lien avec les infractions mentionnées au premier alinéa du présent I sont détruites au plus tard cinq jours ouvrés après leur collecte.
- ⑤ Lorsqu'elles sont de nature à concourir à la constatation des manquements et infractions mentionnés au même premier alinéa, les données collectées strictement nécessaires sont conservées pour une période maximale d'un an à compter de leur collecte et sont détruites à l'issue de cette période. Toutefois, lorsqu'elles sont utilisées dans le cadre d'une procédure administrative ou pénale, ces données peuvent être conservées jusqu'au terme de la procédure.
- ⑥ Les autres données sont détruites dans un délai maximum de trente jours à compter de leur collecte.
- ⑦ Lorsque les traitements réalisés permettent d'établir qu'il existe des indices qu'une personne a pu commettre un des manquements énumérés audit premier alinéa, les données collectées sont transmises au service compétent de l'administration ou de l'organisme pour corroboration et enrichissement.
- ⑧ Ces données ne peuvent être opposées à cette personne que dans le cadre d'une procédure de contrôle garantissant le respect du principe du contradictoire et des droits de la défense.
- ⑨ Le droit d'accès aux informations collectées s'exerce auprès du service d'affectation des agents habilités à mettre en œuvre les traitements mentionnés au deuxième alinéa du présent I dans les conditions prévues à l'article 105 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑩ Le droit d'opposition prévu à l'article 110 de la même loi ne s'applique pas aux traitements mentionnés au deuxième alinéa du présent I.

- ⑪ Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret précise les conditions dans lesquelles la mise en œuvre des traitements mentionnés au premier alinéa du présent I est, à toutes les étapes de celle-ci, proportionnée aux finalités poursuivies. Il précise également en quoi les données sont adéquates, pertinentes et, au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées, limitées à ce qui est strictement nécessaire.
- ⑫ II. – L'expérimentation prévue au I fait l'objet d'une analyse d'impact relative à la protection des données à caractère personnel dont les résultats sont transmis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, dans les conditions prévues à l'article 62 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée.
- ⑬ III. – L'expérimentation prévue au I du présent article fait l'objet d'une première évaluation dont les résultats sont transmis au Parlement ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des libertés au plus tard dix-huit mois avant son terme.
- ⑭ Un bilan définitif de l'expérimentation est transmis au Parlement ainsi qu'à la Commission nationale de l'informatique et des libertés au plus tard six mois avant son terme.

Article 14 bis

(Supprimé)

Article 14 ter

(Conforme)

Article 15

- ① I. – A. – L'article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 731-13-2. – I. – Les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 ont l'obligation de déclarer par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée audit article 170 n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les personnes mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 731-23 sont tenues d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès des caisses de mutualité sociale agricole dont elles relèvent.
- ③ « Toutefois, peuvent procéder à ces mêmes formalités sur support papier les personnes qui, en application de l'article 1649 *quater* B *quinquies* du code général des impôts, ne sont pas tenues d'effectuer par voie dématérialisée la déclaration prévue à l'article 170 du même code.
- ④ « Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-1 du présent code reçoivent de l'administration fiscale, à leur demande ou à celle des personnes mentionnées au premier alinéa du présent I, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.
- ⑤ « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par un décret en Conseil d'État.
- ⑥ « II. – Les personnes mentionnées au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.

- ⑦ « III. – La méconnaissance de l’obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée définie au premier alinéa du I et au II du présent article entraîne l’application de la majoration prévue, dans l’un ou l’autre cas, au II de l’article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale. »
- ⑧ B. – L’article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction résultant du présent I est applicable à compter des déclarations transmises en 2022 au titre des revenus de l’année 2021.
- ⑨ II et III. – (*Non modifiés*)

Article 15 bis A (nouveau)

- ① L’article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du III, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou quand les faits de travail dissimulé sont commis en bande organisée » ;
- ③ 2° Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le plafond de la dissimulation partielle de salariés s’apprécie au regard de l’activité. »

Article 15 bis

- ① I. – L’article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « recouvrement », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « : » ;
- ③ 2° Après le même deuxième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ④ « a) Des cotisations dues pour la couverture des prestations d’assurance maladie et maternité prévues par le statut national des industries électriques et gazières mentionné à l’article 47 de la loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l’électricité et du gaz, pour les salariés des sociétés d’intérêt collectif agricole relevant du 6° de l’article L. 722-20 du présent code ;

- ⑤ « *b*) Des cotisations dues pour la couverture des prestations du régime d'assurance vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières mentionné à l'article 16 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du présent code.
- ⑥ « Les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées du recouvrement des majorations et pénalités de retard afférentes à ces cotisations. »
- ⑦ *I bis (nouveau)*. – À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « septième ».
- ⑧ II et III. – (*Non modifiés*)

Articles 15 *ter* à 15 *quinquies*

(*Conformes*)

Article 15 *sexies* (nouveau)

- ① L'article L. 133-4-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « sociales, les » sont remplacés par les mots : « sociales, le paiement est prioritairement imputé sur la créance due au principal, puis le cas échéant sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice. Pour l'affectation du paiement partiel aux sommes dues à titre principal, les » ;
- ③ 2° La seconde phrase est ainsi modifiée :
- ④ *a)* Après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « au prorata du montant de chaque créance » ;
- ⑤ *b)* À la fin, les mots : « selon un ordre fixé par décret » sont remplacés par les mots : « salariales, puis patronales et enfin aux autres contributions patronales » ;

- ⑥ c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour ces dernières, l'imputation est prioritairement effectuée sur les dettes les plus anciennes. »

Article 15 septies (nouveau)

- ① I. – A. – L'examen d'éligibilité ainsi que l'accord sur un ou plusieurs droits et prestations mentionnés au B du présent I entraînent automatiquement l'examen d'éligibilité ainsi que, le cas échéant, l'accord sur l'ensemble des droits et prestations mentionnés au même B.
- ② B. – Le A est applicable aux bénéficiaires des droits et prestations suivants :
- ③ 1° L'allocation aux adultes handicapés, et le complément de ressources prévus aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 821-1-1 du même code dans sa rédaction antérieure au 1^{er} décembre 2019 ;
- ④ 2° La prime d'activité telle que définie au titre IV du livre VIII dudit code ;
- ⑤ 3° Le revenu de solidarité active tel que défini à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑥ 4° Les aides personnelles au logement telles que définies à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation ;
- ⑦ 5° L'allocation prévue aux articles 35 et 35-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} décembre 2019 ;
- ⑧ 6° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑨ 7° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus à l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et à la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité de Mayotte ;

- ⑩ 8° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments prévus au 9° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ;
- ⑪ 9° La carte mobilité inclusion prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑫ 10° La prestation de compensation du handicap prévue à l'article L. 245-1 du même code affectée aux charges mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 245-3 dudit code ;
- ⑬ 11° Tous les autres droits ou prestations mentionnés à l'article L. 241-6 du même code relevant de la compétence de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du même code.
- ⑭ II. – La perte de recettes résultant pour l'État 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.
- ⑮ III. – La perte de recettes résultant pour les collectivités territoriales du I du présent article est compensée, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.
- ⑯ IV. – La perte de recettes résultant pour l'État du III 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.
- ⑰ V. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.

CHAPITRE III

Créer la nouvelle branche Autonomie

Article 16

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 14-10-1 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 14-10-1.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :
- ④ « 1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;
- ⑤ « 2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. À ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

- ⑥ « 3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;
- ⑦ « 4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;
- ⑧ « 5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ⑨ « 6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;
- ⑩ « 7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels ;
- ⑪ « 8° (*nouveau*) De favoriser l'essor de la démocratie médico-sociale en assurant l'association des représentants d'usagers dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au niveau local. » ;
- ⑫ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 14-10-2 est supprimé ;

- ⑬ 3° L'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le deuxième alinéa du III est ainsi rédigé :
- ⑮ « 1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ; »
- ⑯ b) Après le sixième alinéa du même III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie. » ;
- ⑱ c) Les trois derniers alinéas du même III sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention. » ;
- ⑳ d) Le VI est abrogé ;
- ㉑ 4° L'article L. 14-10-4 est ainsi rédigé :
- ㉒ « *Art. L. 14-10-4.* – Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comprennent :
- ㉓ « 1° Les contributions prévues aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale ;
- ㉔ « 2° Une fraction du produit de la contribution sociale généralisée, dans les conditions fixées à l'article L. 131-8 du même code ;
- ㉕ « 3° Des produits divers, dons et legs ;
- ㉖ « 4° Des dotations des autres branches mentionnées à l'article L. 200-2 dudit code destinées à couvrir des dépenses relevant des missions définies à l'article L. 14-10-1 du présent code. » ;
- ㉗ 5° L'article L. 14-10-5 est ainsi rédigé :
- ㉘ « *Art. L. 14-10-5.* – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie assure :
- ㉙ « 1° Le financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 ;

- ③⑩ « 2° Le financement des aides à l'investissement au bénéfice de ces établissements et services, ainsi que de l'habitat inclusif mentionné à l'article L. 281-1. Les dépenses d'aides à l'investissement immobilier des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 sont conditionnées à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique ;
- ③⑪ « 3° Le financement des concours versés aux départements, destinés à couvrir une partie :
- ③⑫ « a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 ;
- ③⑬ « b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 ;
- ③⑭ « c) Des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées ;
- ③⑮ « d) Du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de l'article L. 233-1 ;
- ③⑯ « 4° Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie définies à l'article L. 14-10-1. À cette fin, elle peut contribuer au financement d'actions contractualisées avec les conseils départementaux et les métropoles pour la transformation inclusive de l'offre médico-sociale ou d'autres formes d'habitat dans leurs domaines de compétence, ainsi qu'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 des personnes handicapées ;
- ③⑰ « 5° Le financement de la gestion administrative. » ;
- ③⑱ 6° Après le même article L. 14-10-5, il est inséré un article L. 14-10-5-1 ainsi rédigé :
- ③⑲ « Art. L. 14-10-5-1. – I. – Le montant global du concours mentionné au a du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 7,70 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

- ④⑩ « Le montant de la seconde part mentionnée au 2° du I de l'article L. 14-10-6 est limité à 61,4 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale.
- ④⑪ « II. – Le montant du concours mentionné au *b* du 3° de l'article L. 14-10-5 est limité à 2,00 % des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. » ;
- ④⑫ 7° Le I de l'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :
- ④⑬ a) Au premier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « *a* du 3° » ;
- ④⑭ b) Au premier alinéa du 1°, les mots : « dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du même II » sont supprimés ;
- ④⑮ c) Le dernier alinéa du même 1° est supprimé ;
- ④⑯ d) À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « *b* du 1° du II de l'article L. 14-10-5 » est remplacée par la référence : « second alinéa du I de l'article L. 14-10-5-1 » ;
- ④⑰ 8° L'article L. 14-10-7 est ainsi modifié :
- ④⑱ a) Au premier alinéa du I, au début, les mots : « Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis » sont remplacés par les mots : « Le concours mentionné au *b* du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti » et le mot : « décrets » est remplacé par le mot : « décret » ;
- ④⑲ b) Au premier alinéa du II, les mots : « même III » sont remplacés par la référence : « I » ;
- ④⑳ c) Au premier alinéa du III, les mots : « et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis » sont remplacés par les mots : « est réparti » ;
- ⑤① d) Les quatre derniers alinéas du même III sont supprimés ;
- ⑤② 9° À l'article L. 14-10-7-1, qui devient l'article L. 14-10-7-1-1, la référence : « et L. 14-10-7 » est remplacée par les références : « , L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 » ;

- 53 10° L'article L. 14-10-7-1 est ainsi rétabli :
- 54 « *Art. L. 14-10-7-1. – I. –* Le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 est réparti en fonction de tout ou partie des critères mentionnés aux *a* à *f* du III de l'article L. 14-10-7 selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- 55 « II. – En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours mentionné au *c* du 3° de l'article L. 14-10-5 du présent code est déterminé en retenant, pour les collectivités concernées, une valeur nulle de ce même potentiel.
- 56 « Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-2.
- 57 « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur les territoires du département du Rhône et de la métropole de Lyon est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue à l'article L. 146-3 par la métropole de Lyon et le département du Rhône.
- 58 « Le concours attribué pour l'installation et le fonctionnement de la maison des personnes handicapées compétente sur le territoire de la collectivité de Corse est calculé et versé dans des conditions tenant compte des modalités particulières d'exercice de la compétence prévue au même article L. 146-3 par la collectivité de Corse.
- 59 « III. – La caisse verse également la subvention mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 146-4-2, dont le montant est fixé et réparti par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et des affaires sociales. » ;
- 60 11° L'article L. 14-10-7-3 est ainsi rédigé :
- 61 « *Art. L. 14-10-7-3. –* La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. » ;
- 62 12° Les articles L. 14-10-8, L. 14-10-9 et L. 14-10-10 sont abrogés ;

- ⑥3 13° Le I de l'article L. 314-3 est ainsi modifié :
- ⑥4 a) Au premier alinéa, les mots : « de celles des prestations » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget » ;
- ⑥5 b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ⑥6 c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « des prestations » sont supprimés ;
- ⑥7 14° (*nouveau*) Au deuxième alinéa de l'article L. 233-2, les mots : « mentionné au 2° de l'article L. 14-10-10 » sont remplacés par les mots : « correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 » ;
- ⑥8 15° (*nouveau*) À la première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 313-12, les mots : « et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10 » sont supprimés ;
- ⑥9 16° (*nouveau*) L'article L. 521-2, le 1° de l'article L. 531-1, l'article L. 581-10 et le X de l'article L. 541-4 sont abrogés.
- ⑦0 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦1 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-5, les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;
- ⑦2 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, les mots : « et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » sont supprimés ;

73 3° Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 14 ainsi rédigée :

74 « Section 14

75 « **Contribution de solidarité pour l'autonomie et contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie**

76 « Art. L. 137-40. – Est instituée une contribution de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 %, due par les employeurs privés et publics. Cette contribution a la même assiette que les cotisations patronales d'assurance maladie affectées au financement des régimes de base de l'assurance maladie.

77 « Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties que les cotisations mentionnées au premier alinéa.

78 « Art. L. 137-41. – I. – Est instituée une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au taux de 0,3 %, assise sur les avantages de retraite et d'invalidité ainsi que sur les allocations de préretraite qui ne sont pas assujettis aux prélèvements mentionnés à l'article 235 *ter* du code général des impôts et qui sont perçus par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du présent code.

79 « II. – Par dérogation au I du présent article, sont exclus de l'assiette de la contribution les revenus suivants :

80 « 1° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière ou de l'antépénultième année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 du présent code ;

81 « 2° Les pensions mentionnées au *a* du 4° et aux 12°, 14° et 14° *bis* de l'article 81 du code général des impôts et les personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par le service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du présent code ou par un régime de base de sécurité sociale sous les conditions de ressources mentionnées à l'article L. 815-9.

82 « La contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles prévues pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-5. » ;

83 4° La seconde phrase de l'article L. 168-11 est supprimée ;

- ⑧4 5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 200-3, après le mot : « familiales », sont insérés les mots : « , de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- ⑧5 6° Au premier alinéa de l'article L. 225-1, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- ⑧6 7° Le I de l'article L. 227-1 est ainsi modifié :
- ⑧7 a) Au premier alinéa, après le mot : « familiales », sont insérés les mots : « , la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- ⑧8 b) Au deuxième alinéa, les références : « aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 200-2 » ;
- ⑧9 c) Le 2° *bis* est complété par les mots : « ou, pour la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;
- ⑨0 d) À la fin du 3°, les mots : « et de lutte contre l'exclusion » sont remplacés par les mots : « , de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;
- ⑨1 e) À la fin du 4°, les mots : « et de prévention » sont remplacés par les mots : « , de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » ;
- ⑨2 f) Au 5°, après le mot : « échéant, », sont insérés les mots : « et à l'exception de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2, » ;
- ⑨3 8° Au premier alinéa de l'article L. 227-3, après la première occurrence du mot : « gestion », sont insérés les mots : « des branches mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 200-2 » ;
- ⑨4 9° Le chapitre I^{er} du titre IV du livre V est complété par un article L. 541-5 ainsi rédigé :
- ⑨5 « Art. L. 541-5. – L'allocation et son complément éventuel mentionnés à l'article L. 541-1 sont servis et contrôlés par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, contre remboursement. »

96 III. – (*Supprimé*)

97 III bis (*nouveau*). – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

98 1° L'article L. 722-8 est ainsi modifié :

99 a) Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « cinq » ;

100 b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

101 « 5° La branche autonomie. » ;

102 2° L'article L. 722-27 est ainsi modifié :

103 a) Au premier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

104 b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

105 « 4° La branche autonomie. »

106 IV. – (*Non modifié*)

Article 16 bis (*nouveau*)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie réunit une conférence des financeurs de la politique de soutien à l'autonomie qui remet au Parlement, avant le 1^{er} avril 2021, des propositions relatives aux financements nouveaux que requiert l'organisation, par la branche autonomie et les collectivités territoriales, d'une prise en charge des personnes en perte d'autonomie privilégiant le maintien à domicile.

Article 16 ter (nouveau)

- ① Après l'article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 281-2-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 281-2-1.* – Le règlement mentionné à l'article L. 121-3 peut prévoir que les habitants d'un habitat inclusif auquel n'est pas attribué le forfait mentionné à l'article L. 281-2 bénéficient d'une aide à la vie partagée leur permettant de financer le projet de vie sociale et partagée, versée directement à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée.
- ③ « Le bénéfice de l'aide est subordonné à la signature, au titre des logements concernés, d'une convention entre le département et cette personne morale.
- ④ « Un accord pour l'habitat inclusif, passé entre le département et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, fixe les conditions, portant notamment sur le montant de l'aide et ses conditions d'attribution, qui ouvrent droit au versement par la caisse, au titre du 4^o de l'article L. 14-10-5, d'un concours pour le financement des dépenses départementales d'aide à la vie partagée.
- ⑤ « Cet accord peut prévoir d'autres engagements en matière de développement de l'habitat inclusif ou de politiques venant à son soutien. À ce titre, il peut être également signé par le représentant de l'État dans le département ou le directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑥ « À titre transitoire, l'accord prévoit que, pour tout ou partie des conventions mentionnées au deuxième alinéa du présent article qui sont signées avant le 31 décembre 2022, le concours mentionné au troisième alinéa garantit, pour la durée de la convention, la couverture des dépenses d'aide à la vie partagée à un taux, fixé par l'accord, d'au moins 80 % de la dépense du département. »

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

- ① I. – L'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « à L. 162-16-5 » sont remplacés par les références : « , L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 » ;
- ④ b) À la seconde phrase, les mots : « prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge associée mentionnée aux articles L. 162-16-5-1 et » ;
- ⑤ 2° Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ a) La première phrase est supprimée ;
- ⑦ b) Au début de la seconde phrase, les mots : « À défaut, » sont supprimés ;
- ⑧ c) À la même seconde phrase, le taux : « 80 % » est remplacé par le taux : « 95 % » ;

- ⑨ 3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑩ « Par dérogation au deuxième alinéa, pour une entreprise redevable de la contribution qui a accepté, par convention conclue avec le Comité économique des produits de santé au titre des articles L. 162-16-4, L. 162-16-4-1, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite, prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, le taux mentionné au deuxième alinéa du présent article peut être fixé entre 80 % et 90 %. Le taux mentionné à la première phrase du présent alinéa applicable à chaque entreprise est déterminé selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due ainsi que du chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11.
- ⑪ « Le prix net mentionné au troisième alinéa du présent article est calculé en défalquant les remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du prix de vente au public mentionné aux articles L. 162-16-4 et L. 162-16-4-1, minoré des marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 et des taxes en vigueur, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16-6. »
- ⑫ II et III. – (*Non modifiés*)
- ⑬ IV (*nouveau*). – Le III de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « Ce rapport inclut un état des lieux de l'industrie du médicament et des produits de santé en France, indiquant notamment le nombre d'emplois créés et supprimés dans l'année, ainsi que les éventuelles ouvertures et fermetures de sites industriels. »

Article 17 bis A (*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 : « 1,4 % ».

- ② II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 17 bis B (nouveau)

- ① I. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

- ② « Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

③

« Montant remboursé par l'assurance maladie pour l'ensemble des entreprises redevables (MR)	Taux de la contribution (exprimé en % de la part du montant remboursé)
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z et inférieur ou égal à Z multiplié par 1,01	40 %
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z multiplié par 1,01 et inférieur ou égal à Z multiplié par 1,02	50 %
Montant remboursé par l'assurance maladie supérieur à Z multiplié par 1,02	60 % »

- ④ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 17 bis C (nouveau)

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La fixation de ce prix tient compte également de considérations de politique industrielle, tels les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, les étapes de fabrication des médicaments ou des dispositifs médicaux, dans des sites de production situés dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse pour les médicaments ou produits de dispositifs médicaux libérés en France et les exportations. »

Article 17 bis D (nouveau)

- ① Le I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « La fixation des prix des produits inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 tient compte de considérations de politique industrielle telles que les investissements réalisés par les entreprises pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, les étapes de fabrication de ces produits dans des sites de production situés dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, le ratio d'emplois liés à la fabrication de ces produits en France et dans l'Union européenne. »

Article 17 bis E (nouveau)

- ① I. – Le II de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ③ « 4° À un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments biologiques similaires définis à l'article L. 5121-1 du même code bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

- ④ 2° Au dernier alinéa, les références : « 2° et 3° » sont remplacées par les références : « 2°, 3° et 4° ».
- ⑤ II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 17 bis F (nouveau)

- ① I. – Le 3° du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « 3° Tous les médicaments dérivés du sang. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 17 bis G (nouveau)

- ① I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « européen », la fin de la première phrase est supprimée ;
- ③ 2° Après la même première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4, ce stock correspond à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Pour les autres médicaments, ce stock doit être constitué dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la même base. »

- ④ II. – L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Le cas échéant, le stock légal de sécurité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique donne lieu à une diminution de l'assiette de la contribution pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Le montant de cette diminution est fixé à 20 % de la valeur totale des médicaments stockés, dans la limite des quatre mois obligatoires de couverture des besoins, calculée en fonction des prix de vente hors taxes aux officines. »
- ⑥ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 17 bis

- ① I (*nouveau*). – Au premier alinéa de l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « à l'exception, pour une période de trois ans suivant leur inscription en vue d'une prise en charge au titre du même article L. 162-22-7, des produits et prestations innovants présentant un niveau d'amélioration du service attendu majeur, important ou modéré ».
- ② II. – (*Non modifié*)
- ③ III (*nouveau*). – Pour l'année 2021, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,09 milliards d'euros.
- ④ IV (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour l'État 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 17 ter

(Conforme)

Article 17 quater

(Supprimé)

Article 17 quinquies (nouveau)

- ① I. – L'article L. 1221-14 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au septième alinéa, les mots : « , il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées » sont remplacés par les mots : « ou lorsque les tiers payeurs ont pris en charge des prestations mentionnées aux 1 à 3 de 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, ils peuvent directement demander à être garantis des sommes qu'ils ont versées ou des prestations prises en charge » ;
- ③ 2° Après le même septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'office et les tiers payeurs, subrogés dans les droits de la victime, bénéficient dans le cadre de l'action mentionnée au septième alinéa du présent article de la présomption d'imputabilité dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les assureurs à l'égard desquels il est démontré que la structure qu'ils assurent a fourni au moins un produit sanguin labile ou médicament dérivé du sang, administré à la victime, et dont l'innocuité n'est pas démontrée, sont solidairement tenus de garantir l'office et les tiers payeurs pour l'ensemble des sommes versées et des prestations prises en charge. »
- ⑤ II. – Le I s'applique aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi modifié :
- ④ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 27,57 % » est remplacé par le taux : « 19,09 % » ;
- ⑤ – à la fin du dernier alinéa, le taux : « 19,06 % » est remplacé par le taux : « 27,54 % » ;
- ⑥ b) Le *b* du 3° est ainsi modifié :
- ⑦ – au début du deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 4,27 % » ;
- ⑧ – au début du quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 2,74 % » ;
- ⑨ – au début du cinquième alinéa, le taux : « 4,77 % » est remplacé par le taux : « 1,9 % » ;
- ⑩ – au début de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 3,2 % » est remplacé par le taux : « 1,29 % » ;
- ⑪ – au début du dernier alinéa, le taux : « 3,07 % » est remplacé par le taux : « 0,2 % » ;
- ⑫ c) À la fin du *e* du même 3°, le taux : « 1,98 % » est remplacé par le taux : « 2,93 % » ;
- ⑬ d) Au *f* du même 3°, après la référence : « I », sont insérés les mots : « , aux 1° et 2° du II, aux III et III *bis* » et, à la fin, le taux : « 0,23 % » est remplacé par le taux : « 1,91 % » ;

- ⑭ e) Le 3° *bis* est ainsi modifié :
- ⑮ – à la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 6,69 % » ;
- ⑯ – il est ajouté un *c* ainsi rédigé :
- ⑰ « *c*) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 1,91 % ; »
- ⑱ *f*) (*Supprimé*)
- ⑲ 2° Le II de l'article L. 241-2 est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ⑳ « 4° Par les personnes mentionnées à l'article L. 131-9. » ;
- ㉑ 3° Au premier alinéa de l'article L. 612-5, les mots : « les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et » sont supprimés ;
- ㉒ 4° Le second alinéa de l'article L. 635-4-1 est ainsi modifié :
- ㉓ a) À la première phrase, les mots : « du régime mentionné à l'article » sont remplacés par les mots : « des régimes mentionnés aux articles L. 631-1 et » ;
- ㉔ b) À la deuxième phrase, les mots : « ce régime » sont remplacés par les mots : « ces régimes ».
- ㉕ II et III. – (*Non modifiés*)

Articles 19 à 23

(*Conformes*)

Article 24

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2021 à 2024), 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
2021**

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25 AA (nouveau)

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le comité est également chargé de concerter les représentants des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé sur les objectifs stratégiques assignés à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en fonction des prévisions épidémiologiques et démographiques disponibles. À cette fin, il se réunit une fois par an dans sa composition habituelle élargie aux représentants des professionnels de santé exerçant en ville. »

Article 25 A

- ① I. – Afin de contribuer à l'attractivité et à la juste rémunération des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie finance un dispositif de soutien à ces professionnels.
- ② Ce financement de 200 millions d'euros par an est versé chaque année par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre du 1° de l'article L. 14-10-5 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi.
- ③ Il est réparti entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre des allocations prévues aux articles L. 231-1, L. 232-1 et L. 245-1 dudit code.
- ④ Les paramètres du dispositif et les modalités du versement de ce financement sont fixés par décret.

- ⑤ II. – A. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2021.
- ⑥ B. – Par dérogation au deuxième alinéa du I, ce financement est ramené à 150 millions d’euros pour l’année 2021.

Article 25 B (nouveau)

- ① Après le premier alinéa de l’article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les activités de soins de médecine, chirurgie, obstétrique, de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, à seuil de rentabilité économique faible en outre-mer et en Corse bénéficient, dans le cadre des crédits du fonds d’intervention régional, d’un financement complémentaire aux produits de la tarification à l’activité, afin de garantir l’équilibre médico-économique des activités autorisées et de les maintenir dans les établissements de santé désignés par arrêté du directeur général de l’agence régionale de santé. »

Article 25

(Conforme)

Article 25 bis (nouveau)

Les conventions prévues à l’article L. 162-9 du code de la sécurité sociale définissant les conditions dans lesquelles les caisses d’assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé, mentionnées au 5^o de l’article L. 162-14-1 du même code, peuvent être révisées avant l’arrivée de leur terme à la demande d’au moins cinq organisations syndicales nationales les plus représentatives adressée au directeur général de la Caisse nationale d’assurance maladie. Un décret fixe les conditions de cette négociation.

Article 26

- ① I. – L’article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de la première phrase du I, les mots : « des établissements de santé publics et privés » sont remplacés par les mots : « et l’investissement en santé » ;

- ③ 1° *bis* (nouveau) Le II est ainsi rétabli :
- ④ « II. – Le Conseil national de l’investissement en santé définit des orientations nationales en matière de modernisation et d’investissement en santé. Il peut prévoir des déclinaisons territoriales des orientations retenues au niveau national, tenant compte des spécificités et priorités locales.
- ⑤ « Les demandes adressées au fonds prévu au I doivent s’inscrire dans les orientations nationales définies par le Conseil. Le Conseil assure la sélection des seuls projets dont le financement dépasse des seuils précisés par voie réglementaire.
- ⑥ « Les missions du Conseil, sa composition ainsi que les modalités de son fonctionnement sont fixées en tant que de besoin par voie réglementaire. » ;
- ⑦ 2° Le III est ainsi modifié :
- ⑧ a) Au premier alinéa, après le mot : « sanitaire », sont insérés les mots : « , des structures d’exercice coordonné et des établissements et services médico-sociaux » ;
- ⑨ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Le fonds peut financer l’ensemble des dépenses engagées dans le cadre d’actions ayant pour objet la modernisation, l’adaptation ou la restructuration des systèmes d’information de l’offre de soins et de l’offre médico-sociale. » ;
- ⑪ 3° Le III *bis* est abrogé ;
- ⑫ 3° *bis* Après le III *quinquies*, sont insérés des III *sexies* et III *septies* ainsi rédigés :
- ⑬ « III *sexies*. – L’interopérabilité des logiciels informatiques est une condition au financement des dépenses engagées pour la transformation et la modernisation des systèmes informatiques.
- ⑭ « III *septies*. – (Supprimé) » ;
- ⑮ 4° À la première phrase du premier alinéa du IV, les mots : « d’un an » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d’au moins un an » et les mots : « de trois ans » sont remplacés par les mots : « , fixé par décret, d’au moins un an » ;

- ⑫ 5° La première phrase du premier alinéa du V est ainsi rédigée : « Les ressources du fonds sont notamment constituées par le reversement des avances remboursables mentionnées au III ainsi que par des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑬ 6° (*nouveau*) Au IX, après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « , Saint-Barthélemy, Saint-Martin ».
- ⑭ II. – (*Non modifié*)

Article 27

(*Supprimé*)

Article 28

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre préliminaire est ainsi modifié :
- ③ a) Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « La participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, autorisée, est fixée à une somme forfaitaire due lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Le montant de cette participation est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce montant peut être réduit dans les cas mentionnés à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Cette participation ne peut être supprimée, sauf dans les cas prévus à l'article L. 160-9, aux 3°, 4°, 11°, 13° et 15° de l'article L. 160-14 ainsi qu'aux articles L. 169-1, L. 371-1 et L. 16-10-1 du présent code. » ;
- ⑤ b) Au premier alinéa de l'article L. 160-14, après le mot : « supprimée », sont insérés les mots : « , sous réserve des dispositions du dernier alinéa du I du même article L. 160-13, » ;

- ⑥ 2° L'article L. 162-22-8-2 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au début de la première phrase du second alinéa du 1°, les mots : « L'État » sont remplacés par les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑧ b) Le même 1° est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « La répartition de la dotation populationnelle entre les régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources régionales. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités ; »
- ⑩ c) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ⑪ « 4° Des recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence, mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13. » ;
- ⑫ 3° À la première phrase du I de l'article L. 162-22-9-1, après la référence : « L. 162-22-6 », sont insérés les mots : « , à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » ;
- ⑬ 4° Au 3° de l'article L. 162-22-10, après le mot : « nationaux, », sont insérés les mots : « à l'exception des forfaits déterminés en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2, » et, après la référence : « 2° », sont insérés les mots : « du présent I » ;
- ⑭ 5° Le 2° de l'article L. 162-22-11-1 est complété par les mots : « ou la participation forfaitaire mentionnée au dernier alinéa du I de l'article L. 160-13 du présent code » ;
- ⑮ 6° Au 4° de l'article L. 169-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux premier et dernier alinéas ».
- ⑯ II. – A. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑰ 1° L'article L. 162-20-1 est complété par un IV ainsi rédigé :
- ⑱ « IV. – Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français de sécurité sociale bénéficie d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. » ;

- ⑲ 2° L'article L. 162-22-6-1 est abrogé ;
- ⑳ 3° À la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-16, les mots : « , tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, » sont supprimés ;
- ㉑ 3° bis Au *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée ;
- ㉒ 4° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 162-22-6-1, » est supprimée.
- ㉓ B. – Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :
- ㉔ 1° La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « Jusqu'au 31 décembre 2021, par dérogation à l'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables en 2020 dans chaque établissement de santé restent en vigueur et servent de base au calcul de la participation du patient, en ce qui concerne les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22 du même code. » ;
- ㉕ 2° Le second alinéa est supprimé.
- ㉖ C. – L'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- ㉗ 1° Le V est ainsi modifié :
- ㉘ *aa) (nouveau)* Au premier alinéa, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ㉙ *a)* Au deuxième alinéa, la référence : « au 2° » est remplacée par les références : « aux 2° et 4° » ;
- ㉚ *b)* À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « le 1^{er} janvier 2022 » ;
- ㉛ *c)* Le dernier alinéa est supprimé ;

- ③② 2° Le VI est ainsi modifié :
- ③③ a) Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :
- ③④ « VI. – À compter du 1^{er} janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code sont affectés d'un coefficient de transition.
- ③⑤ « Ce coefficient de transition est calculé pour chaque établissement afin de tenir compte des conséquences, sur ses recettes, de l'application de la tarification nationale journalière des prestations définie à l'article L. 162-20-1 dudit code en comparaison de la tarification journalière des prestations appliquée dans l'établissement concerné.
- ③⑥ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les modalités de calcul du coefficient de transition ainsi que, pour chaque année de la période concernée, le taux national de convergence des tarifs journaliers des prestations servant au calcul des coefficients de transition des établissements de santé concernés.
- ③⑦ « La valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations de chaque établissement en découlant sont fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé et prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours.
- ③⑧ « Pour les hôpitaux d'instruction des armées, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et le ministre de la défense sont compétents pour fixer la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers des prestations.
- ③⑨ « Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} janvier 2026.
- ④⑩ « Les modalités d'application du coefficient de transition sont fixées par un décret en Conseil d'État. » ;

- ④① b) Au deuxième alinéa, les mots : « de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;
- ④② c) Au dernier alinéa, les mots : « de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi » sont remplacés par les mots : « du 1^{er} janvier 2022 » ;
- ④③ 3° (*Supprimé*).
- ④④ III. – (*Non modifié*)
- ④⑤ IV. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ④⑥ 1° Le B est ainsi modifié :
- ④⑦ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ④⑧ – l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ④⑨ – les références : « aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 162-23-2 » ;
- ④⑩ b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ④⑪ – à la première phrase, les mots : « définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 » sont remplacés par les mots : « liées aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 » ;
- ④⑫ – à la deuxième phrase, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ④⑬ 1° *bis* (*nouveau*) Le E est ainsi modifié :
- ④⑭ a) Au premier alinéa du 2° et au 6°, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;
- ④⑮ b) À la fin des *a* et *b* du 3°, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

- ⑤⑥ 2° Le F est ainsi modifié :
- ⑤⑦ a) Au premier alinéa, la date : « 28 février 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » et sont ajoutés les mots : « et, du 1^{er} janvier 2022 au 28 février 2023, le montant lié aux recettes directement issues de l'activité mentionnées à l'article L. 162-23-3 du même code n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code » ;
- ⑤⑧ b) Au quatrième alinéa, les mots : « du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III » sont remplacés par les mots : « des montants mentionnés au premier alinéa du présent F » ;
- ⑤⑨ 3° (*nouveau*) Au H, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 ».
- ⑥⑩ IV *bis* (*nouveau*). – Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 précitée, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2021 ».
- ⑥⑪ V. – La loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifiée :
- ⑥⑫ 1° A (*nouveau*) Au VI de l'article 34, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;
- ⑥⑬ 1° Le IV de l'article 57 est ainsi modifié :
- ⑥⑭ a) À la fin du deuxième alinéa et au troisième alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2021 » est remplacée par la date : « 1^{er} septembre 2021 » ;
- ⑥⑮ b) Au troisième alinéa, la date : « 30 juin 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2021 » ;
- ⑥⑯ 2° Au III de l'article 64, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».
- ⑥⑰ VI et VII. – (*Non modifiés*)
- ⑥⑱ VIII (*nouveau*). – L'article 43 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

⑥9 IX (*nouveau*). – L'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

⑦0 « V. – Une tarification forfaitaire nationale des prestations, établie en fonction de catégories d'activité de soins et du niveau de charges des établissements et dont les modalités sont déterminées par voie réglementaire sert de base, à compter du 1^{er} janvier 2022, au calcul de la participation à la charge des assurés mentionnée à l'article L. 160-13 du présent code. Cette participation forfaitaire des assurés est facturée à un guichet unique national assuré par l'assurance maladie obligatoire. »

Article 28 bis A (*nouveau*)

① Après l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-13-1 ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-22-13-1. – Chaque année, les agences régionales de santé présentent un bilan au ministère de la santé sur la répartition financière des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des fonds d'intervention régionaux. Ce bilan est présenté par le ministère devant le Parlement. Il est accessible sur le site internet des agences régionales de santé. »

Article 28 bis B (*nouveau*)

① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° À la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-30-3, les mots : « peut fixer » sont remplacés par le mot : « fixe » ;

③ 2° Au troisième alinéa de l'article L. 162-30-4, les mots : « ainsi qu' » sont remplacés par les mots : « et peut fixer ».

Article 28 bis C (*nouveau*)

① Après le troisième alinéa de l'article L. 1432-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Il informe au moins deux fois par an la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique d'allocation des ressources financières aux activités de santé. »

Articles 28 bis et 28 ter

(Conformes)

Articles 28 quater et 28 quinquies

(Supprimés)

Article 29

- ① I. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et pour une durée de trois ans, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités de médecine au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du même code, qui en font la demande bénéficient, par dérogation au 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, d'une dotation socle.
- ② La liste des établissements volontaires est dressée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ Le montant de la dotation socle est calculé sur la base d'un pourcentage des recettes de l'assurance maladie issues de l'activité des séjours de médecine réalisés antérieurement au sein de l'établissement concerné.
- ④ Les recettes résultant de l'activité des séjours de médecine réalisés au sein de l'établissement concerné durant l'année en cours tiennent compte de la dotation socle.
- ⑤ Les modalités d'entrée et de sortie de la liste des établissements volontaires, les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle sont fixées par décret. Ce décret précise également les indicateurs de pertinence et de qualité des prises en charge ainsi que de coordination des parcours de soins pris en compte pour l'évaluation de ce mode de financement et l'ajustement du montant annuel de la dotation socle.
- ⑥ II et III. – *(Supprimés)*

Article 29 bis (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également porter un objectif d'externalisation des soins réalisés en hôpital de jour via l'hospitalisation à domicile, dont les modalités sont précisées à l'article R. 6121-4-1 du code de la santé publique. »

Article 30

① I. – Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

② « CHAPITRE III TER

③ « *Maisons de naissance*

④ « Art. L. 6323-4. – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-4 relatifs à l'exercice de leur profession, assurent l'accouchement des femmes dont elles ont suivi la grossesse. Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. La direction médicale et la gestion des maisons de naissance sont assurées par des sages-femmes. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la structure partenaire.

⑤ « Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant, notamment, les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

⑥ « Art. L. 6323-4-1. – Les maisons de naissance sont créées par :

⑦ « 1° Plusieurs sages-femmes associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

⑧ « 2° et 3° (*Supprimés*).

- ⑨ « Art. L. 6323-4-1-1 (nouveau). – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :
- ⑩ « 1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;
- ⑪ « 2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.
- ⑫ « Art. L. 6323-4-2. – Les projets relatifs à la création d'une maison de naissance sont soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelable.
- ⑬ « L'autorisation est accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues à l'article L. 6323-4-3.
- ⑭ « Art. L. 6323-4-3. – Les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret. La prise en charge des femmes et des nouveau-nés s'appuie notamment sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé.
- ⑮ « Art. L. 6323-4-4. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, une méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance, ou en cas d'abus ou de fraude à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé dispose des pouvoirs et met en œuvre la procédure prévus, pour les centres de santé, à l'article L. 6323-1-12.
- ⑯ « Art. L. 6323-4-5. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État. »
- ⑰ II à IV. – (Non modifiés)

Article 30 bis (nouveau)

- ① L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :
- ② « 4° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser. »

Article 31

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Les modalités d’application du présent article, notamment les conditions d’accès et les critères d’éligibilité des patients au dispositif mentionné à l’article L. 6111-1-6 du code de la santé publique, les conditions et les modalités de contribution de l’assurance maladie à son financement, en particulier pour sa mise en place, notamment dans les départements ruraux, insulaires ou enclavés et les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer par les établissements la réalisation de la prestation d’hébergement, sont fixées par décret en Conseil d’État.
- ③ Un cahier des charges fixe les conditions d’accès à ce financement. Son contenu est établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d’évaluation au plus tard le 31 décembre 2022. Ce rapport intègre une évaluation de la prise en charge des publics isolés, notamment dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Article 31 bis

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d’assurance maladie, telle que prévue à l’article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis dans un délai d’un an après l’entrée en vigueur de la nouvelle tarification. Ce rapport participe de la bonne information du Parlement en ce qui concerne l’égalité d’accès aux soins pour les personnes obèses.

Article 32

- ① I. – La participation de l’assuré mentionnée au premier alinéa du I de l’article L. 160-13 du code de la sécurité sociale relative aux actes de téléconsultation est supprimée jusqu’au 30 juin 2021, pour les actes s’inscrivant dans un parcours de soins coordonné en application de l’article L. 162-5-3 du même code et ceux liés à l’épidémie de la covid-19.

- ② II (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :
- ④ a) La quatrième phrase est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de téléconsultation est réalisé au titre d'un second avis médical tel que prévu à l'article L. 1111-4-1 du même code et auprès de patients atteints d'une ou des pathologies listées à l'arrêté mentionné au même article L. 1111-4-1 » ;
- ⑤ b) Après la même quatrième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'acte de téléconsultation est délivré dans le cadre d'un second avis médical, sa prise en charge est subordonnée à la transmission au professionnel de santé délivrant l'acte de téléconsultation des documents médicaux lui permettant de prendre connaissance de l'état de santé du patient. » ;
- ⑥ c) La cinquième phrase est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de télésoin est effectué auprès de patients atteints d'une ou plusieurs des pathologies listées par arrêté à l'arrêté mentionné à l'article L. 1111-4-1 du même code et à condition que l'auxiliaire médical ait pu prendre connaissance de l'état de santé du patient en consultant les documents médicaux qui lui ont été transmis » ;
- ⑦ 2° La deuxième phrase du 15° de l'article L. 162-16-1 est complétée par les mots : « , sauf lorsque l'acte de télésoin est effectué auprès de patients atteints d'une ou plusieurs des pathologies listées par arrêté à l'arrêté mentionné à l'article L. 1111-4-1 dudit code et à condition que le pharmacien ait pu prendre connaissance de l'état de santé du patient en consultant les documents médicaux qui lui ont été transmis ».

Article 32 bis (*nouveau*)

- ① Le 1° du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e* ainsi rédigé :
- ② « *e*) Soutenir le développement de la téléconsultation en amont de la consultation d'une structure d'urgence autorisée ; ».

Article 33

- ① I. – Par dérogation au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du même code et régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux, conclue le 25 août 2016 et approuvée le 20 octobre 2016, est reportée au 31 mars 2022.
- ② II (*nouveau*). – Le délai d'entrée en vigueur mentionné au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux mesures conventionnelles issues des négociations conclues avant le 31 décembre 2020 et dont la liste est fixée par décret.

Article 33 bis A (*nouveau*)

Les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Article 33 bis B (*nouveau*)

- ① I. – Après le 8° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :
- ② « 9° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes ou aux auxiliaires médicaux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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 33 bis

(Conforme)

Article 33 ter

- ① La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le 4° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ③ « 4° *bis* Les conditions à remplir par les centres de santé pour être régis par l'accord national, notamment celles relatives aux zones d'exercice, définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code la santé publique, concernant l'ouverture des centres de santé ou l'accroissement d'activité par le recrutement d'un nouveau professionnel de santé salarié. Ces conditions peuvent être modulées en fonction de la profession des professionnels de santé salariés exerçant au sein du centre de santé, sur la base des dispositions applicables aux professionnels de santé libéraux ; »
- ④ 2° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-32-2, après le mot : « dispositions », sont insérés les mots : « ainsi que les conditions relatives aux zones d'exercice définies en application du 4° *bis* de l'article L. 162-32-1 ».

Article 33 quater

- ① I. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » sont supprimés ;

- ③ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Elles prévoient également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »
- ⑤ II. – (*Non modifié*)

Article 34

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, dans le ressort de quatre caisses départementales ou interdépartementales de mutualité sociale agricole, par dérogation aux articles L. 4624-2 et L. 4624-3 du code du travail et dans les conditions fixées par un protocole de coopération établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, l'infirmier qualifié en santé au travail relevant des services de santé au travail de ces caisses assure :
- ② 1° La réalisation de l'examen périodique du travailleur agricole, dans le cadre du suivi individuel renforcé dont ce dernier bénéficie en application de l'article L. 4624-2 du code du travail ;
- ③ 2° La réalisation de l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste présentant des risques particuliers, ainsi que l'échange prévu dans ce cadre avec la travailleuse agricole au titre de l'article L. 4624-3 du même code ;
- ④ 3° Le bilan d'exposition aux risques professionnels effectué lorsque le travailleur agricole atteint l'âge de cinquante ans.
- ⑤ Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation. Il précise notamment le rôle de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole dans le pilotage de sa mise en œuvre.

- ⑥ II. – Au plus tard trois mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de celle-ci. Ce rapport s'attache à mesurer l'évolution de la couverture des obligations légales et réglementaires à la charge des services de santé au travail concernés, l'évolution dans le ressort des services concernés du suivi des salariés les plus à risque et des saisonniers agricoles, ainsi que l'incidence de l'expérimentation sur l'organisation et le fonctionnement des services concernés. Il comporte une analyse comparative avec les services de santé au travail en agriculture non parties à l'expérimentation.

Articles 34 bis et 34 ter

(Conformes)

Article 34 quater

- ① I. – Le livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 621-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « entrant dans le champ d'application de l'article L. 622-1 » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1, » ;
- ④ b) Au deuxième alinéa, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ⑤ c) À la dernière phrase du dernier alinéa, la dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au premier alinéa de » ;
- ⑥ 2° L'article L. 621-2 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Les mots : « qui n'entrent pas dans le champ de l'article L. 622-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1 » et, après le mot : « activité », sont insérés les mots : « selon les modalités prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 613-7 » ;

- ⑧ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Les travailleurs indépendants relevant de l'article L. 640-1 sont redevables, pour la couverture de prestations maladie en espèces prévues à l'article L. 622-2, d'une cotisation supplémentaire assise sur les revenus d'activité mentionnés au premier alinéa du présent article, dans la limite d'un plafond. Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas de l'article L. 613-7, cette cotisation supplémentaire ne peut être inférieure à un montant fixé par décret. Le taux et le plafond de cette cotisation supplémentaire sont fixés par décret sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. » ;
- ⑩ 3° À l'article L. 621-3, les mots : « aux articles L. 621-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 621-1 et au premier alinéa de l'article » ;
- ⑪ 4° À l'article L. 622-1, les mots : « aux articles L. 640-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;
- ⑫ 5° L'article L. 622-2 est ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 622-2.* – Les assurés mentionnés à l'article L. 640-1 bénéficient de prestations maladie en espèces dans les conditions prévues à l'article L. 622-1 sous réserve d'adaptations déterminées par décret, pris sur proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, relatives :
- ⑭ « 1° À la limite des revenus servant de base pour le calcul de l'indemnité journalière ;
- ⑮ « 2° Au délai suivant le point de départ de l'incapacité de travail à l'expiration duquel l'indemnité journalière est accordée.
- ⑯ « La durée maximale de versement de l'indemnité journalière au titre d'une même incapacité de travail est déterminée par décret sans préjudice des durées maximales de versement fixées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1.

- ⑰ « Le service des prestations maladie en espèces mentionnées au premier alinéa du présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette convention précise notamment les modalités de financement des frais de gestion et de contrôle médical afférents au service de ces indemnités. Elle est approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. À défaut de convention, ces conditions sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.
- ⑱ « Si l'équilibre financier entre la cotisation prévue au second alinéa de l'article L. 621-2 et les prestations prévues au présent article vient à être rompu, le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales propose soit une augmentation de la cotisation, soit une diminution des prestations. En cas de carence, l'équilibre financier est rétabli dans des conditions fixées par décret. » ;
- ⑲ 6° L'article L. 641-2 est ainsi modifié :
- ⑳ *aa) (nouveau)* Au début du premier alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;
- ㉑ *a)* Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- ㉒ « 8° De proposer, pour les professionnels libéraux relevant de l'article L. 640-1, le taux et le plafond de la cotisation supplémentaire prévue au second alinéa de l'article L. 621-2 ainsi que les paramètres de calcul des prestations maladie en espèces prévues à l'article L. 622-2. Elle remet à l'autorité compétente de l'État, avant le 31 décembre de chaque année, un rapport présentant le bilan de la gestion du dispositif et des projections financières sur cinq ans. » ;
- ㉓ *b)* À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « libérales », sont insérés les mots : « et du dispositif de prestations maladie en espèces prévu à l'article L. 622-2 ».
- ㉔ II. – (*Non modifié*)

Article 34 quinquies

(Supprimé)

Article 34 sexies

- ① À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes traitées pour une hypertension artérielle ou pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.
- ② Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques.
- ③ Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

Article 34 septies

(Conforme)

CHAPITRE II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Articles 35 et 35 bis

(Conformes)

Article 35 ter A (nouveau)

Au second alinéa de l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « peut transmettre » sont remplacés par le mot : « transmet ».

Article 35 ter B (nouveau)

- ① Le II de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au deuxième alinéa, les mots : « le refus du parent débiteur ou » sont supprimés ;
- ③ 2° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le dépassement d'un délai d'un mois au-delà duquel le parent débiteur continue à garder le silence entraîne une pénalité de 10 % de la pension alimentaire par mois de retard pour le parent débiteur. Le dépassement de ce délai constitue un refus manifeste du parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales informe sans délai le parquet dudit refus. » ;
- ⑤ 3° Le septième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑥ « La procédure contradictoire applicable et les modalités de recouvrement de la pénalité sont fixées par décret. » ;
- ⑦ 4° Au dernier alinéa, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « d'un mois » ;
- ⑧ 5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « En cas de refus manifeste par le parent débiteur de s'acquitter des sommes dues, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales informe sans délai le parquet dudit refus. »

Article 35 ter

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – Le I du présent article s'applique aux grossesses ayant débuté à compter du 1^{er} octobre 2020.
- ③ III (*nouveau*). – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi, la prime à la naissance est versée au cours du mois d'avril 2021 pour les grossesses ayant débuté entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2020.

CHAPITRE III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

- ① I. – (*Non modifié*)
- ② II. – (*Supprimé*)
- ③ III. – Jusqu'à une date précisée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021, afin de lutter contre l'épidémie de covid-19, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces, dérogatoires au droit commun, peuvent être prévues par décret. Ces dérogations peuvent porter sur :
 - ④ 1° Les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces prévues aux articles L. 313-1 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale ou des dispositifs équivalents des autres régimes obligatoires, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du même code ou des dispositifs équivalents et la prise en compte du service de ces prestations dans les périodes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 323-1 dudit code ou des dispositifs équivalents, pour les assurés qui font l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile et qui se trouvent, pour l'un de ces motifs, dans l'impossibilité de continuer à travailler ;
 - ⑤ 2° Les modalités de participation des assurés aux frais pour l'examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale et pour la réalisation d'un test sérologique pour la recherche des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, mises en œuvre par le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.
- ⑥ Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec l'épidémie de covid-19 ou nécessaires à la limitation de la propagation des effets de cette épidémie et pour les personnes qui y sont exposées de manière directe ou indirecte.

- ⑦ Le décret mentionné au premier alinéa du présent III détermine les prestations et les personnes concernées ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'il contient dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.
- ⑧ Le décret pris sur le fondement du présent III est dispensé des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire. Par dérogation à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, les conseils ou les conseils d'administration des caisses nationales concernées sont informés de tout projet de texte pris en application du présent III.

Article 37

(Supprimé)

Article 37 bis (nouveau)

- ① Le premier alinéa de l'article L. 815-27 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « L'organisme qui sert, à l'assuré, l'avantage mentionné à l'article L. 815-7 étudie le droit à l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'informe de la possibilité d'en bénéficier. L'allocation est ensuite liquidée et servie sur demande expresse de l'intéressé. »

Article 37 ter (nouveau)

Le 2° de l'article L. 1413-12 du code de la santé publique est abrogé.

CHAPITRE IV

Assouplir et simplifier

Article 38

- ① I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1° Au 1°, à la première phrase du 2° et au 8° de l'article L. 5121-1, les mots : « mentionnées aux articles L. 5121-9-1 et L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-9-1, L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ③ 2° Les articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont ainsi rédigés :
- ④ « *Art. L. 5121-12. – I. – L'accès précoce défini au présent article régit l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :*
- ⑤ « 1° Il n'existe pas de traitement approprié ;
- ⑥ « 2° La mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;
- ⑦ « 3° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;
- ⑧ « 4° Ces médicaments sont présumés innovants, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent.
- ⑨ « II. – L'accès précoce s'applique :
- ⑩ « 1° Soit, par dérogation aux articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1, à un médicament qui ne dispose pas d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans un délai déterminé par la Haute Autorité de santé sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, une demande de délivrance d'une telle autorisation ;

- ⑪ « 2° Soit à un médicament qui dispose, le cas échéant après application du 1° du présent II, d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée sans être inscrit pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et pour lequel l'entreprise intéressée a déposé, ou s'engage à déposer dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes. Le cas échéant, la Haute Autorité de santé peut accorder à l'entreprise intéressée, sans pouvoir excéder une limite fixée par décret, un délai supplémentaire pour le dépôt de cette demande, à des fins d'exhaustivité du recueil de données mentionné au IV du présent article ou de transmission par l'entreprise de données susceptibles de modifier les conditions d'inscription du médicament concerné sur l'une des listes mentionnées.
- ⑫ « III. – L'utilisation du médicament au titre de l'accès précoce est autorisée pour chaque indication considérée par la Haute Autorité de santé, sur demande de l'entreprise intéressée, pour une durée ne pouvant excéder une limite fixée par décret, éventuellement renouvelable.
- ⑬ « Lorsqu'elle porte sur un médicament mentionné au 1° du II, la décision d'autorisation est prise après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, attestant de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.
- ⑭ « Tout refus d'autorisation fait l'objet d'une décision motivée adressée à l'entreprise intéressée.
- ⑮ « IV. – L'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données, défini par la Haute Autorité de santé et annexé à la décision d'autorisation. Le protocole est élaboré en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé lorsque l'autorisation est délivrée au titre du 1° du II.

- ①⑥ « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé. Elles concernent notamment les personnes appartenant à des populations non représentées ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à faire usage de ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.
- ①⑦ « L'entreprise qui assure l'exploitation du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.
- ①⑧ « V. – Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 1° du II, le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance que le patient a désignée en application de l'article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s'effectue pas dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché mais d'une autorisation d'accès précoce au titre du III du présent article, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament. Il porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché au titre d'une autorisation d'accès précoce".
- ①⑨ « Lorsque l'autorisation d'accès précoce est délivrée au titre du 2° du II, le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce".
- ②⑩ « Dans tous les cas, le prescripteur informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, du médicament prescrit dans l'indication.
- ②⑪ « VI. – L'autorisation d'accès précoce peut être suspendue ou retirée par la Haute Autorité de santé :
- ②⑫ « 1° Si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ;

- ②③ « 2° Lorsque l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament ne respecte pas l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II ou lorsqu'elle retire sa demande ;
- ②④ « 3° Sur demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole défini au III en ce qui concerne les règles d'utilisation thérapeutique ou en cas de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament, résultant notamment des nouvelles données de suivi ou données cliniques disponibles, d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'autorisation de mise sur le marché du médicament dans l'indication considérée.
- ②⑤ « En cas d'urgence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, pour l'un des motifs mentionnés au 3° du présent VI, suspendre temporairement l'autorisation d'accès précoce dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ②⑥ « *Art. L. 5121-12-1. – I. –* Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre de l'accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, lorsque les conditions suivantes sont réunies :
- ②⑦ « 1° Le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ;
- ②⑧ « 2° Il n'existe pas de traitement approprié ;
- ②⑨ « 3° L'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
- ③⑩ « Cette utilisation exceptionnelle s'effectue en application soit d'une autorisation définie au II du présent article, soit d'un cadre de prescription compassionnelle défini au III.

- ① « II. – À la demande d'un médecin prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare ou invalidante, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée maximale d'un an renouvelable, l'utilisation pour un patient nommément désigné d'un médicament qui ne dispose pas, quelle que soit l'indication thérapeutique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par la Commission européenne ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation et dont l'autorisation de mise sur le marché ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée.
- ② « Par dérogation au 1° du même I, un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine dans l'indication considérée peut faire l'objet d'une autorisation au titre du présent II lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer, dans un délai de trois mois à compter de l'octroi de la première autorisation délivrée par l'agence dans cette indication, une demande d'accès précoce définie à l'article L. 5121-12 dans cette indication.
- ③ « Les médicaments autorisés en application du présent II sont importés, le cas échéant, par les pharmacies à usage intérieur. Ils sont mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.
- ④ « III. – De sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut établir, au titre de l'accès compassionnel défini au I et pour une durée de trois ans renouvelable, un cadre de prescription relatif à un médicament faisant l'objet, pour d'autres indications, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence ou par la Commission européenne, afin de sécuriser une prescription non conforme à cette autorisation.

- ③⑤ « Par dérogation au 2° du même I, l'existence, dans l'indication concernée, d'un traitement disposant d'une autorisation de mise sur le marché ne fait pas obstacle à l'établissement d'un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament lorsqu'il ne s'agit pas d'un médicament de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique. Ce médicament peut faire l'objet d'une prescription conformément au cadre ainsi établi, dès lors que le prescripteur juge qu'il répond, au moins aussi bien que le médicament ayant fait l'objet de l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, aux besoins du patient.
- ③⑥ « IV. – Avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe l'entreprise qui assure l'exploitation ou, le cas échéant, le titulaire des droits d'exploitation du médicament concerné.
- ③⑦ « V. – Les autorisations et les cadres de prescription au titre de l'accès compassionnel sont assortis d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que, le cas échéant, les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé ou encadré. Lorsqu'il se rattache à une autorisation délivrée au titre du deuxième alinéa du II ou à un cadre de prescription compassionnelle, ce recueil est financé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation du médicament dans l'indication faisant l'objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu'il existe un autre médicament comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.
- ③⑧ « Pour les médicaments autorisés ou faisant l'objet d'un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, les prescripteurs assurent, le cas échéant, le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités assurent le respect du secret médical.

- ③⑨ « VI. – Le prescripteur informe le patient, son représentant légal, s’il est mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection, s’il s’agit d’un majeur faisant l’objet d’une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ou la personne de confiance qu’il a désignée en application de l’article L. 1111-6, que la prescription du médicament ne s’effectue pas dans le cadre d’une autorisation de mise sur le marché mais de l’accès compassionnel au titre des II ou III du présent article, le cas échéant de l’absence d’alternative thérapeutique, des risques encourus ainsi que des contraintes et des bénéfices susceptibles d’être apportés par le médicament. Il porte sur l’ordonnance la mention : “Prescription au titre d’un accès compassionnel en dehors du cadre d’une autorisation de mise sur le marché”.
- ④⑩ « Il informe également le patient des conditions de prise en charge, par l’assurance maladie, du médicament prescrit dans l’indication considérée.
- ④⑪ « La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Pour un médicament relevant d’un cadre de prescription compassionnelle, il motive sa prescription dans ce dossier, sauf lorsqu’il existe suffisamment de recul sur les conditions d’utilisation du médicament dans l’indication faisant l’objet du cadre de prescription compassionnelle ou qu’il existe un autre médicament comparable disposant d’une autorisation de mise sur le marché dans cette indication.
- ④⑫ « VII. – L’autorisation ou le cadre de prescription compassionnelle peuvent être suspendus ou retirés par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si les conditions définies au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique. » ;
- ④⑬ 3° Après l’article L. 5121-12-1-1, il est inséré un article L. 5121-12-1-2 ainsi rédigé :
- ④⑭ « *Art. L. 5121-12-1-2. – I. –* En l’absence d’autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l’article L. 5121-12-1 dans l’indication considérée, un médicament ne peut faire l’objet d’une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu’en l’absence d’alternative médicamenteuse appropriée disposant d’une autorisation de mise sur le marché ou d’une autorisation d’accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l’état clinique de son patient.

- ④⑤ « Dans ce cas, les dispositions du VI de l'article L. 5121-12-1 sont applicables et la mention portée sur l'ordonnance est : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché".
- ④⑥ « II (*nouveau*). – Par dérogation au I du présent article, peuvent faire l'objet d'une prescription, dans les conditions prévues au premier alinéa du même I, les spécialités à base de phages dépourvues d'autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation ou d'un cadre délivré au titre des articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1, dès lors que l'efficacité et la sécurité de la spécialité sont présumées au regard des données cliniques disponibles et que la fabrication des phages est conforme à un cahier des charges défini par la Haute Autorité de santé. » ;
- ④⑦ 4° Au premier alinéa de l'article L. 5121-14-3, les mots : « des recommandations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12-1, » sont supprimés et les mots : « son autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ses autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ④⑧ 5° Au dernier alinéa de l'article L. 5121-18, les mots : « temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de » sont remplacés par les mots : « d'accès précoce mentionnée à » ;
- ④⑨ 6° Le 8° de l'article L. 5121-20 est ainsi rédigé :
- ④⑩ « 8° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir les autorisations prévues aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations ainsi que les modalités d'établissement, de modification, de suspension et de retrait des cadres de prescription compassionnelle prévus à l'article L. 5121-12-1 ; »
- ④⑪ 7° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, les mots : « mentionnées à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « ou cadres de prescription compassionnelle dans une indication considérée mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ainsi que ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 dans le cadre d'une rupture de stock, d'un risque de rupture ou d'un arrêt de commercialisation » ;

- ⑤2 8° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5124-13, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑤3 9° Après le premier alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤4 « Les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 sont réputés inscrits sur cette liste. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance. » ;
- ⑤5 10° Le 7° de l'article L. 5421-8 est ainsi rédigé :
- ⑤6 « 7° Le fait pour toute entreprise qui assure l'exploitation du médicament ou tout prescripteur de ne pas recueillir ou transmettre à la Haute Autorité de santé ou, le cas échéant, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, dans les délais impartis, les données et les informations mentionnées au IV de l'article L. 5121-12 et au V de l'article L. 5121-12-1 ; »
- ⑤7 11° À l'article L. 5422-3 et à la fin du 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑤8 12° À la seconde phrase du 3° du II de l'article L. 5432-1, les mots : « par l'article » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5121-12 et » ;
- ⑤9 13° Au dernier alinéa de l'article L. 5521-6, les mots : « l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 » sont remplacés par les mots : « les autorisations ou cadres de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 ».
- ⑥0 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥1 1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;

- ⑥2 2° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :
- ⑥3 a) Au I, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥4 b) Le II est ainsi modifié :
- ⑥5 – à la fin du 3°, les mots : « temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge correspondante » ;
- ⑥6 – le 4° est abrogé ;
- ⑥7 3° Au premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » ;
- ⑥8 4° Après le 16° de l'article L. 161-37, il est inséré un 17° ainsi rédigé :
- ⑥9 « 17° Prendre les décisions relatives aux autorisations d'accès précoce des médicaments mentionnées à l'article L. 5121-12 du même code. » ;
- ⑦0 4° *bis (nouveau)* Au dernier alinéa de l'article L. 162-4, la référence : « L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1-2 » ;
- ⑦1 5° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ⑦2 6° Les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 sont ainsi rédigés :
- ⑦3 « *Art. L. 162-16-5-1. – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions définies au présent article et aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-4.*

- 74 « II. – A. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge mentionnée au I du présent article prend fin lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié.
- 75 « B. – Pour chaque indication considérée, il est également mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge :
- 76 « 1° En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- 77 « 2° En cas de refus d'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au A du présent II ;
- 78 « 3° En cas de retrait de la demande d'autorisation de mise sur le marché ou de la demande d'inscription à ce titre sur l'une des listes mentionnées au même A.
- 79 « III. – Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est envisagée, celle-ci est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de la spécialité pharmaceutique concernée, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- 80 « IV. – (*Supprimé*)
- 81 « V. – Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce, sont définies par décret en Conseil d'État.

- ⑧② « Art. L. 162-16-5-1-1. – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.
- ⑧③ « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.
- ⑧④ « II. – A. – Pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1, 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 des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.
- ⑧⑤ « Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑧⑥ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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.
- ⑧⑦ « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les taux de remise mentionnés au A sont majorés :
- ⑧⑧ « 1° En l'absence de dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement dans le délai fixé, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

- ⑧⁹ « 2° En l'absence de signature d'une convention fixant le tarif ou le prix dans un délai déterminé suivant l'inscription sur une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code ;
- ⑨⁰ « 3° En cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la Haute Autorité de santé comme répondant au besoin thérapeutique dans l'indication considérée ;
- ⑩¹ « 4° Lorsque l'indication considérée fait l'objet, lors de la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 2° du présent B, d'une évaluation de la Haute Autorité de santé remettant en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.
- ⑪² « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent B détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- ⑫³ « III. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre de l'article L. 162-16-5-1 est inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.
- ⑬⁴ « Le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
- ⑭⁵ « 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et, le cas échéant, au titre de l'article L. 162-16-5-2, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;
- ⑮⁶ « 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II du présent article et, le cas échéant, de la remise prévue au III de l'article L. 162-16-5-2, au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

- ⑨7 « Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, le laboratoire verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, il est restitué au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du II du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1.
- ⑨8 « B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu.
- ⑨9 « Toutefois, le laboratoire redevable de remises en application du premier alinéa du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement de ces remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
- ⑩0 « 1° Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du même premier alinéa ;
- ⑩1 « 2° Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application dudit premier alinéa, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.
- ⑩2 « IV. – Pour l'application du III, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

- ⑩③ « Le III du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- ⑩④ « Dans ce cas, le premier alinéa du présent IV s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- ⑩⑤ « V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑩⑥ « *Art. L. 162-16-5-2. – I. –* Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, par l'assurance maladie, dans les conditions définies au présent article.
- ⑩⑦ « II. – A. – Lorsque la spécialité pharmaceutique est déjà inscrite, au titre d'une autre indication, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 162-22-7 du présent code, la prise en charge s'effectue sur la base du taux de participation de l'assuré mentionné à l'article L. 160-13, du prix de vente au public mentionné à l'article L. 162-16-4, du prix de cession au public mentionné à l'article L. 162-16-5 ou du tarif de responsabilité et du prix limite de vente aux établissements mentionnés à l'article L. 162-16-6.
- ⑩⑧ « B. – Lorsque la spécialité n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au A du présent II pour aucune de ses indications, la prise en charge s'effectue :
- ⑩⑨ « 1° Soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé. Dans ce cas, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité déclare aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.

- ⑪⑩ « Le montant de ces remises sur chiffre d'affaires est intégré dans le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie relatif aux établissements de santé de l'année suivante ;
- ⑪⑪ « 2° Soit, hormis le cas mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code, sauf lorsque la spécialité est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et qu'un prix maximal de vente aux établissements de santé a été fixé en application de l'article L. 162-16-4-3 du présent code.
- ⑪⑫ « III. – A. – Sauf si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire en application du 2° du B du II du présent article, 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 des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé au titre de l'indication et de la période considérées.
- ⑪⑬ « Les taux de ces remises sont définis selon des barèmes progressifs par tranche de chiffre d'affaires, fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑪⑭ « Pour l'application des deux premiers alinéas du présent A, 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.
- ⑪⑮ « B. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, lorsque l'autorisation relève du deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, les taux de remise mentionnés au A du présent III sont majorés :
- ⑪⑯ « 1° Si l'entreprise ne dépose pas de demande d'accès précoce dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;
- ⑪⑰ « 2° Ou si le nombre d'autorisations pour la spécialité pharmaceutique excède des seuils graduels fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ⑪⑧ « La ou les majorations fixées en application du présent B sont reconductibles, le cas échéant, chaque année. Le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires ne soit pas soumise à un reversement.
- ⑪⑨ « IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut assortir la prise en charge définie en application du I de l'obligation pour le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité :
- ⑪⑩ « 1° De déposer, dans un délai déterminé, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;
- ⑪⑪ « 2° De respecter des conditions particulières de dispensation, déterminées en cohérence avec les obligations prévues par le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi.
- ⑪⑫ « En cas de manquement aux conditions fixées par l'arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.
- ⑪⑬ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑪⑭ « V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge définie au I cesse lorsque :
- ⑪⑮ « 1° Une autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est délivrée dans l'indication considérée ;

- ⑫⑥ « 2° Une décision relative à l'inscription au titre de son autorisation de mise sur le marché sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, le cas échéant, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- ⑫⑦ « 3° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale décident de mettre fin à cette prise en charge par arrêté :
- ⑫⑧ « a) En cas de retrait ou de suspension de l'autorisation mentionnée au II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ou du cadre de prescription compassionnelle mentionné au III du même article L. 5121-12-1 ;
- ⑫⑨ « b) Ou lorsqu'une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du même code, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7.
- ⑫⑩ « VI. – Une spécialité pharmaceutique prise en charge en application du I du présent article peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation d'accès compassionnel ou le cadre de prescription compassionnelle cesse de produire ses effets, continuer à être prise en charge pour l'indication en cause :
- ⑫⑪ « 1° Lorsque cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour cette spécialité pharmaceutique sans être inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V. Toutefois, la prise en charge cesse lorsqu'aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée ou si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée dans le mois suivant l'autorisation de mise sur le marché ;
- ⑫⑫ « 2° Pour le traitement d'un patient donné, débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée au titre du II de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du présent article, 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 même code.

- ⑬③ « VII. – (*Supprimé*)
- ⑬④ « VIII. – Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État. » ;
- ⑬⑤ 7° L’article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- ⑬⑥ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑬⑦ – à la première phrase, les mots : « de l’autorisation mentionnée à l’article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d’une prise en charge au titre de l’article L. 162-16-5-1 ou de l’article L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « d’une autorisation ou d’un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante en application des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 du présent code ou bénéficiant d’une prise en charge au titre des continuités de traitement mentionnée au 2° du I *bis* de l’article L. 162-16-5-4 » ;
- ⑬⑧ – à la deuxième phrase, les mots : « au titre des dispositions de l’article L. 162-16-5-1-1 ou de l’article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « de ce cadre de prescription compassionnelle ou de cette continuité de traitement » ;
- ⑬⑨ b) Au second alinéa, la référence : « à l’article L. 5121-12 » est remplacée par les références : « aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » ;
- ⑬⑩ 8° Le I de l’article L. 162-16-5-4 est ainsi rédigé :
- ⑬⑪ « I. – La prise en charge d’une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre de l’article L. 162-16-5-1 implique l’engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d’assurer la continuité des traitements initiés :
- ⑬⑫ « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre du même article L. 162-16-5-1 ;
- ⑬⑬ « 2° Et pendant une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an, à compter, pour l’indication considérée, de l’arrêt de la prise en charge au titre du même article.
- ⑬⑭ « Les dispositions du présent I 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. » ;

- ①45 8° *bis* Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ①46 « I *bis*. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 :
- ①47 « 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de cette prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;
- ①48 « 2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de cette prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent I *bis* dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'accès précoce sont maintenues, pour une durée déterminée par décret qui ne peut excéder la durée mentionnée au 2° du I du présent article. Dans ce cas, le second alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 s'applique.
- ①49 « Si le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de continuité de traitement prise en charge en application du présent alinéa, minoré des remises mentionnées au II de l'article L. 162-16-5-1-1 au titre de cette même période, est supérieur à celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de référence mentionné au même article L. 162-16-5-1-1, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre ces deux montants. » ;
- ①50 9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 » sont remplacées par les références : « L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 » ;
- ①51 10° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :
- ①52 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ①53 – au début de la première phrase, les mots : « Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, » sont supprimés ;
- ①54 – au début de la deuxième phrase, les mots : « La spécialité, » sont supprimés ;

- ①55 – à la fin de la même deuxième phrase, les mots : « , à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code » sont supprimés ;
- ①56 – au début de la quatrième phrase, les mots : « En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, » sont supprimés ;
- ①57 – à la même quatrième phrase, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « une demande d'autorisation de mise sur le marché ou » sont supprimés ;
- ①58 – à la fin de la même quatrième phrase, les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code » ;
- ①59 – à l'avant-dernière phrase, les mots : « le laboratoire ou » sont supprimés ;
- ①60 – à la dernière phrase, les mots : « spécialités pharmaceutiques, » sont supprimés ;
- ①61 *b)* Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ①62 – à la première phrase, le mot : « spécialités, » est supprimé ;
- ①63 – à la dernière phrase, les mots : « de la spécialité, » sont supprimés ;
- ①64 *c)* Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ①65 – à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés ;
- ①66 – la seconde phrase est supprimée ;
- ①67 *d)* Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- ①68 – à la première phrase, les mots : « la spécialité pharmaceutique, » sont supprimés et les mots : « inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » ;

- ①69 – à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-4 » est remplacée par la référence : « L. 165-2 » ;
- ①70 e) À la première phrase du cinquième alinéa, les mots : « le laboratoire ou » et les mots : « du laboratoire ou » sont supprimés ;
- ①71 11° À la fin du 2° de l'article L. 162-17-4, la référence : « L. 162-16-5-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » ;
- ①72 12° Au premier alinéa du IV de l'article L. 162-18, les mots : « mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 » sont remplacés par les mots : « ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 ou L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante au titre des articles L. 165-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- ①73 13° L'article L. 162-22-7-3 est ainsi modifié :
- ①74 a) À la première phrase, les mots : « l'un des dispositifs de » sont remplacés par le mot : « la », le mot : « mentionnés » est remplacé par le mot : « mentionnée » et la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ①75 b) À la seconde phrase, la référence : « L. 162-16-5-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1 » ;
- ①76 14° Le 6° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et au 2° du B du II de l'article L. 162-16-5-2 » ;
- ①77 15° À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 315-2, les mots : « d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 » sont remplacés par les mots : « de l'une des autorisations ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du même code et de la prise en charge associée au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 ».
- ①78 III à V. – (*Non modifiés*)

Article 38 bis A (nouveau)

La troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , qui s'efforce de tenir compte des données de santé en vie réelle ».

Article 38 bis B (nouveau)

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est actualisée chaque année. »

Article 38 bis C (nouveau)

- ① Après le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'inscription sur cette liste est conditionnée par l'obtention d'un niveau d'amélioration du service médical rendu majeur, important, modéré ou mineur, apprécié selon les modalités prévues par décret, de la spécialité dans la ou les indications considérées. »

Article 38 bis

(Conforme)

Article 39

- ① I. – *(Non modifié)*
- ② II. – A. – Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles mentionné au 16° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est rendu public par la Haute Autorité de santé au plus tard le 31 décembre 2021.
- ③ B. – Le troisième alinéa du II de l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023.

Article 40

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :
- ③ a) Au deuxième alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ④ b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ⑤ 2° L'article L. 862-1 est ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 862-1.* – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de financement de la complémentaire santé solidaire. » ;
- ⑦ 3° L'article L. 862-2 est ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 862-2.* – Les dépenses du fonds sont constituées par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.
- ⑨ « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.
- ⑩ « Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- ⑪ « La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet au Gouvernement, au plus tard le 1^{er} septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

- ⑫ « Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. » ;
- ⑬ 3° *bis* Au III de l'article L. 862-4, les mots : « au *a* de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑭ 4° L'article L. 862-5 est ainsi modifié :
- ⑮ *a*) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;
- ⑯ *b*) Le second alinéa est ainsi rédigé :
- ⑰ « La Caisse nationale de l'assurance maladie transmet trimestriellement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les données nécessaires au contrôle des montants des dépenses mentionnées à l'article L. 862-2. » ;
- ⑱ 5° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :
- ⑲ *a*) Le *a* est abrogé ;
- ⑳ *b*) Aux *c* et *d*, le mot : « fonds » est remplacé par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » ;
- ㉑ *c*) Au *e*, les mots : « et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent » sont remplacés par le mot : « transmet » ;
- ㉒ *d*) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds mentionné à l'article L. 862-1 » sont remplacés par les mots : « ministre chargé de la sécurité sociale » et sont ajoutés les mots : « et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité » ;
- ㉓ *e*) À la première phrase du dernier alinéa, la date : « 15 novembre » est remplacée par la date : « 31 décembre » ;
- ㉔ *f*) (*nouveau*) Le même dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le conseil mentionné à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement avant le 31 décembre de l'année considérée. » ;

- ②5 6° L'article L. 862-8 est ainsi rédigé :
- ②6 « Art. L. 862-8. – Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu au 1° de l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention. »
- ②7 II. – (*Non modifié*)
- ②8 III. – Sont transférés de plein droit à partir du 1^{er} janvier 2021 :
- ②9 1° À la Caisse nationale de l'assurance maladie, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents au financement de la protection complémentaire en matière de santé ainsi que les engagements qui en découlent ;
- ③0 2° À l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les biens, disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatifs des droits et obligations du Fonds de la complémentaire santé solidaire directement afférents à la mise en œuvre du contrôle relatif à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ou des vérifications relatives au calcul des demandes de remboursements mentionnés au *a* de l'article L. 862-2 du même code dans sa rédaction antérieure à la présente loi ainsi que les engagements qui en découlent ;
- ③1 3° À l'État, l'ensemble des autres biens, disponibilités, capitaux propres, droits et obligations, notamment ceux nécessaires à l'établissement de la liste mentionnée à l'article L. 861-7 dudit code et ceux, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative du Fonds de la complémentaire santé solidaire.
- ③2 Ces transferts ne donnent pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit.
- ③3 Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret, à l'exception des conditions d'établissement des comptes du Fonds de la complémentaire santé solidaire relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021, qui sont définies par décret en Conseil d'État.

Article 40 bis

- ① I et II. – (*Supprimés*)

- ② III. – Pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, est mise en place une expérimentation visant à lutter contre le non-recours aux droits et à détecter les situations dans lesquelles des personnes remplissant les conditions pour avoir droit à la complémentaire santé solidaire n'en bénéficieraient pas, faute de démarche accomplie en ce sens. Cette expérimentation permet aux organismes de sécurité sociale de traiter et d'échanger entre eux des données à caractère personnel ou de collecter auprès d'autres administrations et de collectivités territoriales ces informations utiles à l'identification des droits à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, y compris pour des personnes qui ne sont pas connues des organismes de sécurité sociale.
- ③ L'expérimentation fait l'objet d'une évaluation au plus tard six mois avant son terme. Cette évaluation s'attache notamment à mesurer l'impact des actions menées dans ce cadre en matière de recours à la complémentaire santé solidaire et à déterminer les conditions de leur éventuelle généralisation.
- ④ Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits. Les échanges et traitements effectués ont vocation à permettre aux organismes de contacter les personnes susceptibles de bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé afin qu'ils en formulent la demande. S'il est confirmé que les personnes ne remplissent pas les conditions d'éligibilité prévues au même article L. 861-1, leurs données traitées en application du présent article sont immédiatement supprimées.

Article 41

(Conforme)

Article 42

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 3222-5-1 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 3222-5-1. – I. –* L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.
- ④ « *II. –* La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.
- ⑤ « La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.
- ⑥ « À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

- ⑦ « Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet, à tout moment, d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12-1.
- ⑧ « Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.
- ⑨ « L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II.
- ⑪ « III. – Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, l'identifiant anonymisé du patient concerné et sa date de naissance, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.
- ⑫ « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. » ;

- ⑬ 2° L'article L. 3211-12 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application du troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1. » ;
- ⑯ b) (*Supprimé*)
- ⑰ c) À la fin de la seconde phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « telle mesure » sont remplacés par les mots : « mesure mentionnée au premier alinéa du présent article ou d'une mesure d'isolement ou de contention » ;
- ⑱ d) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « , d'isolement ou de contention » ;
- ⑲ 3° L'article L. 3211-12-1 est ainsi modifié :
- ⑳ a) Le IV devient le V ;
- ㉑ b) Le IV est ainsi rétabli :
- ㉒ « IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » ;
- ㉓ 4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé :
- ㉔ « III. – Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.
- ㉕ « Le patient ou, le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit. Néanmoins, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

- ②6 « L'audition du patient ou, le cas échéant, du demandeur peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition qu'il y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges. L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.
- ②7 « Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- ②8 « S'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience. Dans cette hypothèse, il est fait application des I et II du présent article. Le dernier alinéa du I n'est pas applicable à la procédure d'appel. » ;
- ②9 5° Après le premier alinéa de l'article L. 3211-12-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③0 « Lorsque le premier président ou son délégué est saisi d'un appel formé à l'encontre d'une ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention prise sur le fondement de l'article L. 3222-5-1, il est fait application des dispositions prévues au III de l'article L. 3211-12-2. Le premier président ou son délégué statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;
- ③1 6° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, la référence : « IV » est remplacée par la référence : « V ».

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 A

- ① L'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° (*nouveau*) Au premier alinéa, les mots : « lors de l'affiliation » sont remplacés par les mots : « dès l'ouverture du dossier de demande d'affiliation » ;

- ③ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Les informations collectées à ce titre par les organismes de sécurité sociale auprès des fichiers des services de l'État sont transmissibles entre eux. » ;
- ⑤ 3° (*nouveau*) Au dernier alinéa, les mots : « peuvent faire » sont remplacés par le mot : « font ».

Article 43 BA (*nouveau*)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La seconde phrase du onzième alinéa de l'article L. 114-12-1 est ainsi rédigée : « Il recense pour chaque bénéficiaire l'ensemble des prestations, y compris leur montant, et avantages en nature qui lui sont servis par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. » ;
- ③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 114-12-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Les mots : « un système d'information commun » sont remplacés par les mots : « les échanges d'informations et données du répertoire mentionnés à l'article L. 114-12-1 communes » ;
- ⑤ b) Les mots : « à l'article » sont remplacés par les mots : « au même article ».
- ⑥ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 43 BB (*nouveau*)

Au début de la seconde phrase de l'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « Le cas échéant, » sont supprimés.

Article 43 BC (*nouveau*)

- ① L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :
- ② « 8° Le ou les présidents des tribunaux de commerce du ressort. »

Articles 43 B et 43 C

(Conformes)

Article 43 DA (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , l'action de l'organisme se prescrivant alors par cinq ans ».

Articles 43 D et 43 E

(Conformes)

Article 43 F

(Supprimé)

Article 43 G (nouveau)

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe les conditions et les limites dans lesquelles l'assurance maladie peut déroger à ce délai à la seule fin de procéder aux contrôles adéquats si le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années. »

Article 43 H (nouveau)

- ① L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « En cas de sanction ou de condamnation pour fraude à au moins deux reprises d'un professionnel de santé au cours d'une période de cinq ans, la caisse primaire d'assurance maladie suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. »

Article 43 I (nouveau)

- ① I. – L'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique à compter du lendemain de la publication du dernier des décrets mentionnés aux premier et dernier alinéas du même article L. 162-1-14-2 et au plus tard le 1^{er} octobre 2021.
- ② II. – L'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale s'applique à compter du lendemain de la publication du décret mentionné au dernier alinéa du même article L. 162-15-1 et au plus tard le 1^{er} octobre 2021.

Article 43 J (nouveau)

- ① Après le premier alinéa de l'article L. 224-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Elles élaborent des évaluations sur les prestations indûment versées, frauduleuses et non frauduleuses, tous les trois ans. »

Article 43 K (nouveau)

- ① I. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie peuvent, sur demande d'un conseil régional, délivrer aux personnes qui leur sont rattachées la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, à laquelle est intégrée l'image numérisée des empreintes digitales du titulaire. Sous cette forme, la carte électronique individuelle inter-régimes est appelée « carte Vitale biométrique ».
- ② Ces dispositions s'appliquent également à la Collectivité européenne d'Alsace.
- ③ Cette « carte Vitale biométrique » est délivrée gratuitement.
- ④ II. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au premier alinéa du I du présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale expérimentent l'utilisation de la « carte Vitale biométrique » par les assurés et les professionnels de santé et la mise à disposition de services équivalents à ceux de la carte électronique individuelle inter-régimes mentionnée à l'article L. 161-31 du même code. Ils assurent le pilotage, le suivi et l'évaluation de cette expérimentation.

- ⑤ III. – Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation délivrent une « carte Vitale biométrique » aux personnes qui leur sont rattachées. Ils s'assurent préalablement de leur identité et de ce qu'elles sont titulaires d'une carte d'assurance maladie valide.
- ⑥ L'assuré participant à l'expérimentation donne son accord pour la consultation des données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire dont il relève, prévue à l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, sa « carte Vitale biométrique ».
- ⑦ Les assurés et les professionnels de santé participant à l'expérimentation prévue au présent article sont informés des modalités de l'expérimentation ainsi que de l'existence et de la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel les concernant, de ses finalités, de l'identité du responsable, des destinataires des données et des modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés par la diffusion d'une notice mise à leur disposition au démarrage de celle-ci.
- ⑧ IV. – Le titulaire de la « carte Vitale biométrique » signale la perte ou le vol selon la procédure indiquée par l'organisme auquel il est rattaché. Les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire participant à l'expérimentation signalent au groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale les « cartes Vitale biométriques » perdues ou volées pour leur inscription sur une liste d'opposition dédiée.
- ⑨ Les professionnels de santé procédant à la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie sont informés de l'inscription d'une « carte Vitale biométrique » sur une liste d'opposition préalablement à la facturation.
- ⑩ V. – La fin du bénéfice des droits aux prestations d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-15-4 du code de la sécurité sociale entraîne l'impossibilité d'utiliser la « carte Vitale biométrique » pour la facturation d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie.

- ⑪ VI. – Au plus tard deux mois avant le terme de l'expérimentation, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire mentionnés au présent article et le groupement mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale adressent au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport d'évaluation de la « carte Vitale biométrique », qui fait notamment état de l'évolution des chiffres de la fraude en obtention des droits.

Article 43

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

Articles 44 et 45

(Conformes)

Article 45 bis

Il n'est pas fait application en 2021 des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie induit par des dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de la covid-19.

Article 46

- ① I et II. – *(Non modifiés)*
- ② III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 760 millions d'euros au titre de l'année 2021.
- ③ Par dérogation aux dispositions de l'article L. 176-2 du même code, la transmission du rapport mentionné au second alinéa du même article L. 176-2, qui devait intervenir avant le 1^{er} juillet 2020, est reportée au 1^{er} juillet 2021 au plus tard.
- ④ IV. – *(Non modifié)*

- ⑤ V (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du III 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 46 bis

- ① I. – L'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du deuxième alinéa, au début, les mots : « La caisse peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;
- ③ 1° bis (*nouveau*) La seconde phrase du même deuxième alinéa est supprimée ;
- ④ 2° Au troisième alinéa, après le mot : « caisses », sont insérés les mots : « , des agents chargés du contrôle de la prévention ».
- ⑤ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° Au premier alinéa de l'article L. 321-2, les mots : « une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et » sont remplacés par les mots : « un avis d'arrêt de travail au moyen d'un formulaire homologué, » ;
- ⑦ 2° L'article L. 441-4 est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « La caisse régionale peut autoriser un employeur à » sont remplacés par les mots : « L'employeur, dès lors qu'il remplit des conditions fixées par décret, peut » et sont ajoutés les mots : « , selon des modalités prévues par décret » ;
- ⑨ b) La seconde phrase du même premier alinéa est supprimée ;
- ⑩ c) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;

- ⑪ d) Au troisième alinéa, le mot : « caisses » est remplacé par les mots : « organismes chargés de la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnés à l'article L. 114-10 ainsi que des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité dûment habilités auprès des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » et, à la fin, les mots : « d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » sont remplacés par les mots : « social et économique » ;
- ⑫ 3° L'article L. 441-6 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑭ – à la première phrase, les mots : « , en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « , ainsi que, en cas d'interruption de travail, l'avis mentionné à l'article L. 321-2 » ;
- ⑮ – à la seconde phrase, les mots : « de ces certificats » sont remplacés par les mots : « exemplaire du certificat et, le cas échéant, de l'avis d'interruption de travail, » ;
- ⑯ b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « servies » est remplacé par le mot : « servi ».
- ⑰ III. – (*Non modifié*)

Article 46 ter (nouveau)

Aux premier et dernier alinéas du IV de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « jusqu'au 31 décembre 2021 » sont remplacés par les mots : « pendant deux années pleines à compter de la date de parution des décrets d'application ».

Article 46 quater (nouveau)

Au V de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les mots : « le 30 septembre 2020 » sont remplacés par les mots : « neuf mois après la parution des décrets d'application ».

Article 47

(Conforme)

Article 47 bis

- ① I A (*nouveau*). – Le code pénal est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article 221-9-1, il est inséré un article 221-9-2 ainsi rédigé :
- ③ « Art. 221-9-2. – Les personnes physiques coupables des crimes prévus à la section 1 du présent chapitre, lorsque ces crimes ont été commis à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.
- ④ « Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. » ;
- ⑤ 2° La section 5 du chapitre II du titre II du livre II est complétée par un article 222-48-3 ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. 222-48-3. – Les personnes physiques coupables des infractions prévues aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du présent chapitre, lorsque celles-ci ont été commises à l'encontre de leur époux assuré, encourent également la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou du code rural et de la pêche maritime.
- ⑦ « Le prononcé de cette peine est obligatoire. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer cette peine, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur. »
- ⑧ I. – (*Non modifié*)

- ⑨ II. – La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :
- ⑩ 1° L'article L. 732-41-1 est ainsi rédigé :
- ⑪ « Art. L. 732-41-1. – L'article L. 732-41 n'est pas applicable dans le cas où le conjoint survivant a été définitivement condamné à la peine complémentaire d'interdiction de percevoir la pension due au conjoint survivant ou divorcé prévue aux articles 221-9-2 ou 222-48-3 du code pénal. » ;
- ⑫ 2° Le III de l'article L. 732-62 est ainsi rédigé :
- ⑬ « III. – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, les I et II du présent article ne sont pas applicables. »
- ⑭ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑮ 1° A (*nouveau*) Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} est complété par un article L. 114-22-2 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 114-22-2. – Lorsqu'une personne est définitivement condamnée par une juridiction pénale à une peine complémentaire, la privant de droits ou de prestations prévus au présent code et au code de l'action sociale et des familles, la caisse nationale mentionnée au second alinéa du présent article en est informée sans délai par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé cette condamnation. La même caisse nationale est tenue informée par ce dernier de l'actualisation des informations liées aux modalités d'exécution de la peine.
- ⑰ « Selon des modalités précisées par voie réglementaire, l'une des caisses nationales mentionnées au livre II met en œuvre un traitement automatisé aux fins d'assurer la réception et la conservation des informations transmises par le ministère public portant sur les peines mentionnées au premier alinéa du présent article et d'assurer leur utilisation par les seuls organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire dont relèvent les personnes concernées. » ;

⑱ 1° Au début du paragraphe 4 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du même livre I^{er}, il est ajouté un article L. 161-22-3 ainsi rédigé :

⑲ « *Art. L. 161-22-3.* – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension de réversion au conjoint survivant ou divorcé au titre de tout régime de retraite de base et complémentaire légal ou rendu légalement obligatoire n'est pas due. » ;

⑳ 2° L'article L. 342-1-1 est ainsi rédigé :

㉑ « *Art. L. 342-1-1.* – En cas de condamnation définitive d'une personne à l'une des peines complémentaires mentionnées aux articles 221-9-2 et 222-48-3 du code pénal, la pension du conjoint survivant ou divorcé mentionnée à l'article L. 342-1 du présent code n'est pas due. » ;

㉒ 3° L'article L. 353-1-1 est abrogé.

㉓ IV (*nouveau*). – Le titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

㉔ « *CHAPITRE VI*

㉕ « *Dispositions communes*

㉖ « *Art. 23-9.* – L'article L. 161-22-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux conjoints survivants d'un assuré décédé relevant du présent titre. »

Article 47 ter

- ① I. – La sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un paragraphe 6 ainsi rédigé :

② « *Paragraphe 6*

③ « *Contrôle de l'existence*

- ④ « *Art. L. 161-24.* – Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant en dehors des territoires mentionnés à l'article L. 111-2, de Mayotte, de la Polynésie française ou de Saint-Pierre-et-Miquelon justifie chaque année de son existence à l'organisme ou au service de l'État assurant le service de cette pension.

- ⑤ « *Art. L. 161-24-1.* – La preuve d'existence peut être apportée, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux libertés et aux fichiers, par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques adapté à cette preuve. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les moyens pouvant être utilisés à cette fin et les garanties apportées aux personnes dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits. Il prévoit les conditions d'utilisation par les personnes concernées des outils numériques leur permettant d'effectuer cette démarche.

- ⑥ « *Art. L. 161-24-2.* – La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas de son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai fixé par décret.

- ⑦ « *Art. L. 161-24-3.* – Les régimes obligatoires de retraite mutualisent la gestion de la preuve d'existence ainsi que les modalités de son contrôle au moyen du groupement mentionné à l'article L. 161-17-1, dans des conditions fixées par décret. »

- ⑧ II. – *(Non modifié)*

Article 47 quater

- ① I. – *(Non modifié)*

- ② II (*nouveau*). – Au 1^{er} du V de l'article 1^{er} de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 47 quinquies (*nouveau*)

- ① I. – Afin d'atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030, une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs ainsi que des représentants de l'État est chargée de formuler des propositions en recourant aux paramètres suivants, dans la limite du besoin de financement nécessaire pour rétablir cet équilibre : âge d'ouverture des droits à retraite, conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour le bénéfice d'une pension de retraite à taux plein, modalités de décote et de surcote par rapport à ce taux plein, affectation de recettes à l'assurance vieillesse, mobilisation du Fonds de réserve des retraites.
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1^o L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et, à la fin, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;
- ⑤ b) Après les mots : « 1^{er} janvier », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « 1965 et de manière croissante à raison de trois mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1962 et le 31 décembre 1964. » ;
- ⑥ c) Les troisième et dernier alinéas sont supprimés ;
- ⑦ 2^o L'article L. 161-17-3 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Au troisième alinéa, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;
- ⑨ b) Au quatrième alinéa, l'année : « 1964 » et l'année : « 1966 » sont remplacées par l'année : « 1962 » ;
- ⑩ c) Au cinquième alinéa, l'année : « 1967 » et l'année : « 1969 » sont remplacées par l'année : « 1963 » ;

- ⑪ d) Au sixième alinéa, l'année : « 1970 » et l'année : « 1972 » sont remplacées par l'année : « 1964 » ;
- ⑫ e) Au septième alinéa, l'année : « 1973 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;
- ⑬ 3° Au 1° de l'article L. 351-8, les mots : « prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « de soixante-sept ans ».
- ⑭ III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et le calendrier selon lequel les régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale convergent vers les paramètres définis au II du présent article avant le 1^{er} janvier 2030.

Articles 48, 49 et 49 bis

(Conformes)

Article 49 ter (nouveau)

- ① À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation à l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code peuvent, par convention, organiser au profit de l'une d'entre elles la délégation de la compétence de fixation et de révision des tarifs attribués auxdits établissements et services.
- ② La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés.
- ③ Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 dudit code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire.
- ④ Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 50

(Conforme)

Article 50 bis (nouveau)

- ① Après le premier alinéa de l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, la charge de l'enfant pour le calcul de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent alinéa. »

Article 51

(Conforme)

Article 52

(Supprimé)

Délibéré en séance publique, à Paris, le 17 novembre 2020.

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER

ANNEXE A

(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 2021-2024.
- ② Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2020, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé de manière soudaine et dans des proportions jamais atteintes à la suite du choc d'une ampleur inédite qu'a subi l'économie française du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19.
- ③ En conséquence de cette situation macroéconomique exceptionnelle, la dégradation durable de la trajectoire pluriannuelle ne permet plus d'envisager un retour à l'équilibre à l'horizon 2024 (I). Cette trajectoire tient compte d'un surcroît important de dépenses de la branche Maladie, que celles-ci soient ponctuelles pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles pour rénover le système de soins (II). Dans ce contexte particulier, les branches Vieillesse et surtout maladie seraient dans une situation de déficits élevés et globalement stables durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles dégageront des excédents dès 2021 à la faveur de la reprise économique anticipée. La nouvelle branche Autonomie, créée par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie présenterait une situation financière pluriannuelle globalement équilibrée avant prise en compte de l'effet démographique et mesures nouvelles (III).

- ④ **I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 tire les conséquences de la dégradation exceptionnelle de la situation économique en 2020 et de son rebond marqué en 2021**
- ⑤ Pour 2021, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 8,0 % en volume (après -10,0 % en 2020) et de 6,5 % de la masse salariale du secteur privé (et 6,8 % de la masse salariale privée soumise à cotisations après -7,9 % en 2020) ainsi qu’une hypothèse d’inflation hors tabac (0,6 %) en très légère progression par rapport à l’année précédente. Ce fort rebond d’activité interviendrait après un choc exceptionnel en 2020 mais serait insuffisant pour retrouver le niveau d’activité observé en 2019 (qui serait 2,7 % supérieur).
- ⑥ Pour les années 2022 à 2024, le Gouvernement retient un scénario de poursuite de la reprise économique, avec une croissance soutenue et en légère décélération sur l’ensemble de la trajectoire. L’inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.
- ⑦ Dans le contexte de forte incertitude macroéconomique, lié aux aléas entourant l’évolution de la situation sanitaire aux échelles nationales et internationales, le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 21 septembre 2020 un avis sur ces prévisions macroéconomiques dans lequel il estime le niveau d’activité anticipé pour 2021 atteignable. Il estime que le niveau ainsi que les prévisions d’inflation, d’emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement sont cohérentes avec les informations disponibles et plausibles.

- ⑧ 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 :

⑨

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PIB en volume	1,7 %	1,5 %	-10,0 %	8,0 %	3,5 %	2,0 %	1,4 %
Masse salariale privée....	3,5 %	3,2 %	-7,9 %	6,8 %	4,7 %	3,7 %	3,4 %
Inflation hors tabac	1,6 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %
ONDAM	2,2 %	2,6 %	7,6 %	3,5 %	1,1 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,2 %	2,6 %	3,2 %	6,0 %	3,1 %	2,4 %	2,3 %

- ⑩ Affectés par les mesures d'urgence prises fin 2018 et une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé initialement, les déficits du régime général et des régimes obligatoires de base en 2019 ont été légèrement plus dégradés que l'année précédente, mais meilleurs que prévus en LFSS 2020 avec une bonne tenue des recettes. Cette situation financière à fin 2019, proche de l'équilibre, est brutalement remise en cause par les effets de la crise sanitaire.

- ⑪ En 2020, la chute d'activité conduirait à une dégradation inédite de près de 45 milliards d'euros des soldes sociaux par rapport à 2019, le régime général portant l'essentiel de cette dégradation, avec un déficit prévisionnel de 41,2 milliards d'euros. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV s'élèverait à 44,4 milliards d'euros en 2020, un niveau très supérieur à celui de 2010 (-28 milliards d'euros) jusqu'ici le plus élevé depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. La branche Maladie aurait à supporter la dégradation la plus forte, puisque son déficit s'établirait à 29,8 milliards d'euros qui, en euros courants, dépasserait à lui seul le déficit de l'ensemble de la sécurité sociale constaté 2010, à la suite de la crise financière. Toutes les branches, à l'exception de la nouvelle branche Autonomie, seraient en déficit, y compris la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

- ⑫ Dans ce contexte, le retour à l'équilibre global du régime général ne serait pas atteint à l'horizon 2024 (-21,3 milliards d'euros), le rebond anticipé ne permettant pas de combler la dégradation observée en 2020. À cet horizon, le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait de 0,8 milliard d'euros et le déficit consolidé régime général et du FSV atteindrait ainsi 22,1 milliards d'euros. De même, les comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement seraient durablement déficitaires, la trajectoire plus dégradée de la CNRACL affectant la situation sur le périmètre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2024, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait 21,2 milliards d'euros.
- ⑬ La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique.
- ⑭ De la même manière, la trajectoire d'ONDAM prolonge, dans l'attente des travaux à venir notamment confiés au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), celle de la dernière loi de programmation des finances publiques à partir de 2022, soit 2,4 % « hors covid ».
- ⑮ Pour autant, il est indispensable d'amorcer un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale dès que la situation économique le permettra. À cette fin, il convient d'assurer la stabilité des ressources de la sécurité sociale en garantissant le respect du principe de compensation de toute mesure diminuant les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il faudra également maîtriser la croissance des dépenses de ces organismes, ce qui passera par des réformes structurelles, notamment en matière de retraites.

⑩ II. – La trajectoire financière tient compte des conséquences de la dégradation marquée des recettes de la sécurité sociale en 2020, ainsi que de dépenses nouvelles d’assurance maladie pour répondre de manière exceptionnelle à la crise et adapter structurellement le système de santé

⑪ Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d’amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements, que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d’activité, les premières se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s’agissant des prestations retraites et famille et ont fortement progressé sur la branche Maladie pour permettre des prises en charge à 100 % d’actes médicaux et le versement d’indemnités journalières en cas d’arrêt de travail, même pour des personnes non malades (arrêts de travail pour garde d’enfants ou personnes vulnérables).

⑫ La diminution de l’activité économique s’est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d’activité, qui ont beaucoup souffert de la crise. En outre, la crise sanitaire, les mesures prises pour l’endiguer et le ralentissement marqué de l’activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l’indemnité est exonérée de cotisations sociales et soumise, comme les allocations chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l’activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d’emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte baisse de la masse salariale privée (estimé à -7,9 % sur l’année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG.

⑬ Pour préserver l’activité économique et l’emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d’exonérations et d’aide au paiement en faveur des secteurs les plus touchés par la crise. Ces dispositifs, estimés à 5,2 milliards d’euros, seront compensés par l’État et n’impactent donc pas les recettes de la sécurité sociale.

- ⑳ Ainsi, au total, les recettes du régime général et du FSV diminueraient de 5 % en 2020, soit 20 milliards d’euros, les fortes baisses sur les revenus d’activité étant quelque peu compensées par l’augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la CNAV de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) décidée par la loi dette sociale et autonomie du 7 août pour un montant de 5 milliards d’euros.
- ㉑ En 2021, les recettes connaîtraient un fort rebond sous l’effet de la reprise économique, soutenue par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme de la masse salariale privée (+6,5 %, soit +6,8 % pour la masse salariale privée soumise à cotisations). Au total, les recettes du régime général et du FSV rebondiraient de 7 %. Elles retrouveraient un niveau supérieur de 2 % à celui de 2019 mais resteraient durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise.
- ㉒ S’agissant des dépenses, leur évolution entre 2019 et 2020 est conforme à ce qui était prévu en LFSS 2020 pour les branches Famille, Accidents du travail et maladies professionnelles et Vieillesse. En revanche, les dépenses de la branche Maladie ont été très fortement impactées par la crise sanitaire et leur dynamisme va se poursuivre au-delà de la période de crise compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé pour répondre aux enjeux de bon fonctionnement et de modernisation du système de santé. Le PLFSS 2021 prévoit de majorer l’ONDAM 2020 de 10,1 milliards d’euros, soit une progression de +7,6 % par rapport à 2019. Le niveau de l’ONDAM en 2020 s’élève ainsi à 215,7 milliards d’euros (au lieu de 205,6 milliards d’euros prévus en LFSS 2020).

②③ En 2021, en prenant en compte les seuls effets structurels de déploiement des mesures du Ségur de la santé, l'ONDAM progressera de 6 %. En intégrant une nouvelle provision au titre de la gestion de crise covid, les dépenses de l'ONDAM 2021 sont estimées à 224,6 milliards d'euros. Cet objectif de dépenses englobe 4 milliards d'euros de mesures de régulation par rapport à la progression tendancielle. Une contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire permettra de prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie. Cette contribution, temporaire, est assise sur le chiffre d'affaires en santé des organismes complémentaires. Fixée à un milliard d'euros en 2020 et 500 millions d'euros en 2021, elle pourra être revue en 2021 en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et de l'actualisation du niveau des économies constatées par les organismes complémentaires.

②④ La progression de ces dépenses sera maîtrisée dans les projections pluriannuelles, avec des progressions proches ou moindres que celles de l'activité à compter de 2022, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise modérée de l'inflation.

②⑤ **III. – D'ici 2024, les branches du régime général connaîtront des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise**

②⑥ La branche Maladie connaîtra une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui sera notamment en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche se réduira de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. Dans une moindre mesure, les dépenses s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

- ②⑦ Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance maladie en 2019 du fait de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariées inférieures à 2,5 SMIC, qui avait conduit à porter la part de la TVA à 28 % des ressources de la branche Maladie, la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie sera affectataire de ressources de CSG pesant sur l'ensemble des assiettes soumises à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,5 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en 2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, ne pèsera plus que 25 % des recettes totales, soit une part inférieure à celle des cotisations des employeurs et à celle de la TVA.
- ②⑧ La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au-delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en LFSS 2020 hors Ségur. Le HCAAM se voit confier une mission pour réfléchir à la refonte de l'ONDAM et aux moyens d'ajustement de la dépense aux besoins de la population et aux enjeux régulation financière.
- ②⑨ En termes de recettes, aucune hausse d'impôts ou de cotisations n'étant prévue, la branche Maladie resterait déficitaire de plus de 17 milliards d'euros en 2024, ce qui pose la question de soutenabilité des dépenses et la stratégie de restauration d'une trajectoire de retour à l'équilibre.
- ③⑩ La nouvelle branche Autonomie sera affectataire à compter de 2021, outre ses recettes traditionnelles issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle (CASA) pour 2,8 milliards d'euros, de CSG à hauteur de 1,9 point portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28 milliards d'euros). À compter de 2024, cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément aux dispositions de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.
- ③⑪ Au total, ces recettes s'élèveront à 31,2 milliards d'euros, soit un niveau identique à celui des dépenses, permettant à la branche de couvrir l'intégralité des besoins de financement des mesures nouvelles, notamment celles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,1 milliards d'euros en 2020-2021 au titre des revalorisations salariales et de l'investissement).

- ③② La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2022-2024 est conventionnelle et conforme, s'agissant des dépenses pour les établissements et services médico-sociaux, au taux d'ONDAM hors Ségur (2,4 % par an). Elle ne prend pas en compte l'effet démographique ni l'effet des mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la prochaine loi grand âge et autonomie. Elle prévoit toutefois, à compter de 2022, le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (0,2 milliard d'euros), aux départements de la PCH parentalité qui entrera en vigueur en 2021. Compte tenu du lien avec la politique familiale et de la situation financière de la branche Famille, la CNSA bénéficie d'un transfert supplémentaire de recettes de la branche Famille à compter de 2022.
- ③③ Compte tenu du dynamisme des recettes affectées, celles-ci devraient progresser jusqu'à 2023 à un rythme proche de celui des dépenses, permettant un équilibre de la branche Autonomie avant mesures nouvelles. En 2024, elle afficherait un excédent de 2,3 milliards d'euros correspondant à la recette de CSG supplémentaire en provenance de la CADES hors prise en compte de l'effet démographique et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures nouvelles.
- ③④ S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue pour modifier les ressources de la branche en 2021, qui devraient progresser d'un milliard d'euros. Outre la progression de la masse salariale, la branche bénéficiera, de l'effet favorable du Ségur de la santé sur ses recettes de cotisations et contributions sociales, ce qui contribuera à améliorer son solde.
- ③⑤ De ce fait, la branche devrait dégager un excédent de 0,5 milliard d'euros en 2021, effaçant son déficit de 0,3 milliard d'euros prévu pour 2020. Cet excédent serait croissant jusqu'en 2024.
- ③⑥ La branche Vieillesse du régime général sera à nouveau déficitaire de 7,3 milliards d'euros en 2021, soit un niveau proche de celui de 2020 (-7,8 milliards d'euros). Les recettes, qui reposent presque exclusivement sur les revenus d'activité, progresseraient de 10 % pour s'établir à 108 milliards d'euros sous l'effet du rebond de l'économie. Malgré la progression modérée des dépenses permise par une inflation moindre que prévue sur ces deux exercices, la forte baisse des recettes en 2020 place toutefois leur niveau nettement en dessous de celui des dépenses. En 2021, la branche bénéficiera seulement de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé en termes de revalorisation salariale qui tendront à accroître le niveau des cotisations.

- ③⑦ Jusqu'en 2024, les dépenses continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022, conduisant à un déficit de 9,3 milliards d'euros à cet horizon pour le régime général et 10,6 milliards d'euros sur le périmètre tous régimes et FSV. Si des mesures étaient décidées dans le cadre des concertations sur la réforme des retraites, elles devront permettre de réduire ces déficits.
- ③⑧ La branche Famille transférera en 2021 le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la nouvelle branche Autonomie, ce qui réduira de 1,2 milliard d'euros le périmètre de ses dépenses et de ses recettes (réduction de la taxe sur les salaires qui lui est affectée au profit de la CNAM, laquelle affecte une part équivalente de CSG à la CNSA). À compter de 2022, un nouveau transfert de recettes au profit de la branche Autonomie interviendra pour financer le coût de la PCH parentalité.
- ③⑨ Les recettes de la branche Famille progresseraient de 7 % en 2021 du fait de la reprise économique. La branche bénéficierait aussi pour 0,2 milliard d'euros de l'effet favorable des mesures du Ségur de la santé sur l'assiette des cotisations et contributions qui lui sont affectées.
- ④⑩ Les dépenses modérées par la faible inflation seraient néanmoins tirées à la hausse par la réforme du congé paternité (0,2 milliard d'euros en 2021 et 0,4 milliard d'euros à compter de 2022 en ce qui concerne la branche Famille). Sous l'effet de cette faible progression globale, la branche renouerait avec un excédent dès 2021 (1,1 milliard d'euros), qui tendrait à s'accroître jusqu'en 2024.

④1

Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l'ensemble des régimes de base et du FSV

④2

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	210,8	215,2	204,1	197,9	201,3	206,8	211,8
Dépenses	211,5	216,6	237,8	217,6	219,5	224,4	229,2
Solde	-0,7	-1,5	-33,7	-19,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	12,7	13,2	12,0	13,2	13,8	14,3	14,8
Dépenses	12,0	12,2	12,4	12,7	12,7	12,9	13,1
Solde	0,7	1,0	-0,4	0,5	1,1	1,4	1,7
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	133,8	135,7	132,0	137,6	141,4	145,7	149,8
Dépenses	133,6	137,1	140,6	144,7	148,7	153,5	159,0
Solde	0,2	-1,4	-8,6	-7,2	-7,3	-7,8	-9,2
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1

Régime général consolidé							
Recettes	394,6	402,4	382,0	416,5	425,7	438,2	452,4
Dépenses	394,1	402,8	428,1	442,0	449,0	460,0	471,8
Solde	0,5	-0,4	-46,1	-25,4	-23,3	-21,7	-19,4

43

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

(En milliards
d'euros)

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Maladie							
Recettes	212,3	216,6	205,6	199,4	202,8	208,3	213,4
Dépenses	213,1	218,1	239,3	219,1	221,0	225,9	230,8
Solde	-0,8	-1,5	-33,7	-19,7	-18,2	-17,6	-17,4
Accidents du travail et maladies professionnelles							
Recettes	14,1	14,7	13,5	14,8	15,4	15,8	16,3
Dépenses	13,4	13,6	13,9	14,1	14,2	14,3	14,5
Solde	0,7	1,1	-0,4	0,6	1,2	1,5	1,8
Famille							
Recettes	50,4	51,4	46,9	50,5	51,3	52,8	54,2
Dépenses	49,9	49,9	50,4	49,3	49,7	50,2	50,8
Solde	0,5	1,5	-3,5	1,1	1,6	2,6	3,4
Vieillesse							
Recettes	236,6	240,0	236,6	245,5	249,4	254,8	260,7
Dépenses	236,7	241,3	247,0	251,9	257,0	263,6	271,4
Solde	-0,1	-1,3	-10,3	-6,4	-7,6	-8,8	-10,7
Autonomie							
Recettes				31,3	32,2	33,2	36,6
Dépenses				31,6	32,7	33,6	34,5
Solde				-0,3	-0,5	-0,3	2,1
Régimes obligatoires de base consolidés							

Recettes	499,9	509,1	489,1	527,4	536,7	550,4	566,4
Dépenses	499,5	509,3	536,9	552,0	560,2	573,0	587,1
Solde	0,3	-0,2	-47,8	-24,6	-23,4	-22,6	-20,8

④④

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

*(En milliards
d'euros)*

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Recettes	17,2	17,2	16,7	16,7	17,3	17,9	18,5
Dépenses	19,0	18,8	19,7	19,2	19,0	19,1	19,3
Solde	-1,8	-1,6	-2,9	-2,4	-1,7	-1,2	-0,8

④⑤

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

*(En milliards
d'euros)*

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Recettes	394,6	402,6	380,8	415,8	425,8	438,8	453,4
Dépenses	395,8	404,5	429,8	443,7	450,7	461,7	473,5
Solde	-1,2	-1,9	-49,0	-27,9	-25,0	-22,9	-20,2

④6

**Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du
Fonds de solidarité vieillesse**

*(En milliards
d'euros)*

	2018	2019	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)	2024(p)
Recettes	498,6	508,0	486,7	525,4	535,6	549,7	566,1
Dépenses	500,0	509,7	537,4	552,4	560,7	573,5	587,6
Solde	-1,4	-1,7	-50,7	-27,0	-25,1	-23,8	-21,6

ANNEXE C

(Conforme)

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat dans sa séance du 17 novembre 2020

Le Président,

Signé : Gérard LARCHER