

N° 104

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 novembre 2019

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale**, adopté par l'Assemblée nationale, pour **2020**,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,

Mme Catherine DEROCHE, MM. Bernard BONNE, Gérard DÉRIOT,
René-Paul SAVARY et Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteurs,

Sénateurs

Tome III : Tableau comparatif

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Élisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Michelle Gréaume, Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouveau, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, MM. Jean Sol, Dominique Théophile, Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 2296, 2314, 2340 et T.A. 345

Sénat : 98 et 103 (2019-2020)

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Proposition des rapporteurs en première lecture																																																																								
—	—	—	—																																																																								
	<p>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020</p> <p>PREMIERE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Au titre de l'exercice 2018, sont approuvés :</p> <p style="text-align: center;">1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p> <p style="text-align: center;">(En milliards d'euros)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Recettes</th> <th style="text-align: center;">Dépenses</th> <th style="text-align: center;">Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td style="text-align: right;">212,3</td> <td style="text-align: right;">213,1</td> <td style="text-align: right;">-0,8</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td style="text-align: right;">14,1</td> <td style="text-align: right;">13,4</td> <td style="text-align: right;">0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td style="text-align: right;">236,4</td> <td style="text-align: right;">236,5</td> <td style="text-align: right;">-0,1</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td style="text-align: right;">50,4</td> <td style="text-align: right;">49,9</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td style="text-align: right;">499,7</td> <td style="text-align: right;">499,3</td> <td style="text-align: right;">0,3</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	212,3	213,1	-0,8	Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7	Vieillesse	236,4	236,5	-0,1	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3	<p>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020</p> <p>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p><i>(Alinéa sans modification)</i></p> <p style="text-align: center;">1° <i>(Alinéa sans modification)</i></p> <p style="text-align: center;">(En milliards d'euros)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Recettes</th> <th style="text-align: center;">Dépenses</th> <th style="text-align: center;">Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td style="text-align: right;">212,3</td> <td style="text-align: right;">213,1</td> <td style="text-align: right;">-0,8</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td style="text-align: right;">14,1</td> <td style="text-align: right;">13,4</td> <td style="text-align: right;">0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td style="text-align: right;">236,4</td> <td style="text-align: right;">236,5</td> <td style="text-align: right;">-0,1</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td style="text-align: right;">50,4</td> <td style="text-align: right;">49,9</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td style="text-align: right;">499,7</td> <td style="text-align: right;">499,3</td> <td style="text-align: right;">0,3</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	212,3	213,1	-0,8	Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7	Vieillesse	236,4	236,5	-0,1	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3	<p>Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020</p> <p>PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Au titre de l'exercice 2018, sont approuvés :</p> <p style="text-align: center;">1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p> <p style="text-align: center;">(En milliards d'euros)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Recettes</th> <th style="text-align: center;">Dépenses</th> <th style="text-align: center;">Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td style="text-align: right;">212,3</td> <td style="text-align: right;">213,1</td> <td style="text-align: right;">-0,8</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td style="text-align: right;">14,1</td> <td style="text-align: right;">13,4</td> <td style="text-align: right;">0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td style="text-align: right;">236,4</td> <td style="text-align: right;">236,5</td> <td style="text-align: right;">-0,1</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td style="text-align: right;">50,4</td> <td style="text-align: right;">49,9</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td style="text-align: right;">499,7</td> <td style="text-align: right;">499,3</td> <td style="text-align: right;">0,3</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	212,3	213,1	-0,8	Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7	Vieillesse	236,4	236,5	-0,1	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																								
Maladie	212,3	213,1	-0,8																																																																								
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7																																																																								
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1																																																																								
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																								
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3																																																																								
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																								
Maladie	212,3	213,1	-0,8																																																																								
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7																																																																								
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1																																																																								
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																								
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3																																																																								
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																								
Maladie	212,3	213,1	-0,8																																																																								
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7																																																																								
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1																																																																								
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																								
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3																																																																								
①																																																																											
②																																																																											
③																																																																											

Dispositions en vigueur

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Proposition des rapporteurs en première lecture																																																																																				
	<table border="1"> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>498,4</td> <td>499,8</td> <td>-1,4</td> </tr> </table>	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4	<table border="1"> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>498,4</td> <td>499,8</td> <td>-1,4</td> </tr> </table>	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4	<table border="1"> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>498,4</td> <td>499,8</td> <td>-1,4</td> </tr> </table>	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4																																																																								
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4																																																																																				
	<p>2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :</p>	<p>2° (Alinéa sans modification)</p>	<p>2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :</p>																																																																																				
	<p>(En milliards d'euros)</p>	<p>(En milliards d'euros)</p>	<p>(En milliards d'euros)</p>																																																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Recettes</th> <th>Dépenses</th> <th>Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td>210,8</td> <td>211,5</td> <td>-0,7</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td>12,7</td> <td>12,0</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td>133,8</td> <td>133,6</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td>50,4</td> <td>49,9</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td>394,6</td> <td>394,1</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>394,6</td> <td>395,8</td> <td>-1,2</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	210,8	211,5	-0,7	Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7	Vieillesse	133,8	133,6	0,2	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Recettes</th> <th>Dépenses</th> <th>Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td>210,8</td> <td>211,5</td> <td>-0,7</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td>12,7</td> <td>12,0</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td>133,8</td> <td>133,6</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td>50,4</td> <td>49,9</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td>394,6</td> <td>394,1</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>394,6</td> <td>395,8</td> <td>-1,2</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	210,8	211,5	-0,7	Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7	Vieillesse	133,8	133,6	0,2	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Recettes</th> <th>Dépenses</th> <th>Solde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td>210,8</td> <td>211,5</td> <td>-0,7</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail et maladies professionnelles</td> <td>12,7</td> <td>12,0</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse</td> <td>133,8</td> <td>133,6</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td>50,4</td> <td>49,9</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)</td> <td>394,6</td> <td>394,1</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse</td> <td>394,6</td> <td>395,8</td> <td>-1,2</td> </tr> </tbody> </table>		Recettes	Dépenses	Solde	Maladie	210,8	211,5	-0,7	Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7	Vieillesse	133,8	133,6	0,2	Famille	50,4	49,9	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5	Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																																				
Maladie	210,8	211,5	-0,7																																																																																				
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7																																																																																				
Vieillesse	133,8	133,6	0,2																																																																																				
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2																																																																																				
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																																				
Maladie	210,8	211,5	-0,7																																																																																				
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7																																																																																				
Vieillesse	133,8	133,6	0,2																																																																																				
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2																																																																																				
	Recettes	Dépenses	Solde																																																																																				
Maladie	210,8	211,5	-0,7																																																																																				
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7																																																																																				
Vieillesse	133,8	133,6	0,2																																																																																				
Famille	50,4	49,9	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5																																																																																				
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2																																																																																				
	<p>3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p>	<p>3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p>																																																																																				

	<i>(En milliards d'euros)</i>			<i>(En milliards d'euros)</i>			<i>(En milliards d'euros)</i>					
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde			
⑦	Fonds de Solidarité Vieillesse	17,2	19,0	-1,8	Fonds de Solidarité Vieillesse	17,2	19,0	-1,8	Fonds de Solidarité Vieillesse	17,2	19,0	-1,8
⑧	4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 milliards d'euros ;				4° (Alinéa modification) sans				4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 milliards d'euros ;			
⑨	5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;				5° (Alinéa modification) sans				5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;			
⑩	6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;				6° (Alinéa modification) sans				6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;			
⑪	7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,4 milliards d'euros.				7° (Alinéa modification) sans				7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,4 milliards d'euros.			
	Article 2 Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2018, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018 figurant à l'article 1 ^{er} .				Article 2 (Alinéa modification) sans				Article 2 Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2018, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018 figurant à l'article 1 ^{er} .			

Code de la sécurité sociale

Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

.....

...

3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :

a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de 0,95 % ;

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

– 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;

**DEUXIEME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES À
L'EXERCICE 2019**

Article 3

I. – A
l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale :

1° Le *a* du 3° est complété par les mots : « à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;

2° Le *b* du 3° est ainsi modifié :

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES À
L'EXERCICE 2019**

Article 3

I. – Le 3° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le *a* est complété par les mots : « , à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;

2° Le *b* est ainsi modifié :

**DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES À
L'EXERCICE 2019**

Article 3

I. – Le 3° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le *a* est complété par les mots : « , à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;

2° Le *b* est ainsi modifié :

①

②

③

– 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;

– 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;

– 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;

– 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;

– 5,05 % pour les revenus mentionnés au III *bis* dudit article L. 136-8 ;

c) A la Caisse d’amortissement de la dette sociale instituée par l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l’exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l’article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;

d) A l’organisme mentionné au premier alinéa de l’article L. 5427-1 du code du travail pour la contribution sur les revenus d’activité mentionnée au 1° du I de l’article L. 136-8 du présent code, pour la part correspondant à un taux de 1,47 % ;

e) Au fonds mentionné à l’article L. 135-1 pour la contribution sur les revenus de remplacement mentionnée au 2° du II de l’article L. 136-8, pour la part correspondant à un taux de 1,72 % ;

④

a) Au cinquième alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,77 % » ;

⑤

b) Au sixième alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;

⑥

c) Au septième alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % » ;

⑦

3° Au *e* du 3°, après les mots : « mentionnés au 2° du II », sont insérés les mots : « et du III *bis* » et le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».

a) (Alinéa sans modification)

b) À l’avant-dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;

c) Au dernier alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % » ;

3° Au *e*, après la référence : « II », sont insérés les mots : « et du III *bis* » et, à la fin, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».

a) Au cinquième alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,77 % » ;

b) À l’avant-dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;

c) Au dernier alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % » ;

3° Au *e*, après la référence : « II », sont insérés les mots : « et du III *bis* » et, à la fin, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».

...

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les modalités suivantes :

.....

...

III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-7.

Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier 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.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

⑧

II. – Au dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions visées aux 1° et 3° ».

II. – Au dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° ».

II. – Au dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° ».

⑨

~~III. – Le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant :~~

~~III. – (Alinéa sans modification)~~

~~III. – (Supprimé)~~

Amdt n° 168

⑩

1° De la modification de la rédaction de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale résultant du II de l'article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du 2° du III de l'article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociale ;

~~1° De la modification de la rédaction de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale résultant du II de l'article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du 2° du III de l'article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales ;~~

⑪

2° De la modification de la rédaction de l'article L. 137-15 du même code résultant de l'article 16 de la

~~2° De la modification de la rédaction de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale résultant de l'article 16 de la~~

	loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;	la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;	
⑫	3° De la modification de la rédaction du V de l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 résultant du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociale.	3° De la modification de la rédaction du V de l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 résultant du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.	
⑬	IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1 ^{er} , à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI ^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale, demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur antérieurement au 1 ^{er} janvier 2019.	IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1 ^{er} , à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI ^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1 ^{er} janvier 2019.	IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1 ^{er} , à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI ^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1 ^{er} janvier 2019.

⑭

Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés à l'alinéa précédent.

Article 4

Au premier alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le nombre : « 1,005 » est remplacé par le nombre : « 1,01 ».

Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés au premier alinéa du présent IV.

Article 4

(Alinéa sans modification)

Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés au premier alinéa du présent IV.

Article 4

Au premier alinéa du II de l'article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le nombre : « 1,005 » est remplacé par le nombre : « 1,01 ».

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

Art. 21. – I. – A
modifié les dispositions suivantes : – Code de la sécurité sociale. Art. L138-10, Art. L138-11, Art. L138-12, Art. L138-13, Art. L138-14, Art. L138-15

II. – Pour l'année 2019, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2018 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2018 et du montant S.

Le montant S est égal à la contribution qui aurait été due, au titre de

l'année 2018, par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 138-10 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi. Pour calculer ce montant S au titre de l'année 2018, le montant M mentionné au même article L. 138-10 est fixé à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2017 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II dudit article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale et des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du même code dues au titre de l'année 2017.

Article 5

① Au titre de l'année 2019, sont rectifiés :

Article 5

(Alinéa modification)

sans

Article 5

Au titre de l'année 2019, 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	215,7	218,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	506,9	510,2	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,1	510,6	-5,5

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	214,1	217,1	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1

1° (Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	218,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	506,9	510,2	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,1	510,6	-5,5

2° (Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	214,1	217,1	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	218,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2
Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	506,9	510,2	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,1	510,6	-5,5

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	214,1	217,1	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1

	<table border="1"> <tr> <td>Vieillesse...</td> <td>135,5</td> <td>137,5</td> <td>-2,1</td> </tr> <tr> <td>Famille.....</td> <td>51,1</td> <td>50,2</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)...</td> <td>400,7</td> <td>403,8</td> <td>-3,1</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse...</td> <td>400,0</td> <td>405,4</td> <td>-5,4</td> </tr> </table>	Vieillesse...	135,5	137,5	-2,1	Famille.....	51,1	50,2	0,8	Toutes branches (hors transferts entre branches)...	400,7	403,8	-3,1	Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse...	400,0	405,4	-5,4	<table border="1"> <tr> <td>Vieillesse...</td> <td>135,5</td> <td>137,5</td> <td>-2,1</td> </tr> <tr> <td>Famille.....</td> <td>51,1</td> <td>50,2</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches)...</td> <td>400,7</td> <td>403,8</td> <td>-3,1</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....</td> <td>400,0</td> <td>405,4</td> <td>-5,4</td> </tr> </table>	Vieillesse...	135,5	137,5	-2,1	Famille.....	51,1	50,2	0,8	Toutes branches (hors transferts entre branches)...	400,7	403,8	-3,1	Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	400,0	405,4	-5,4	<table border="1"> <tr> <td>Vieillesse ...</td> <td>135,5</td> <td>137,5</td> <td>-2,1</td> </tr> <tr> <td>Famille.....</td> <td>51,1</td> <td>50,2</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches) ...</td> <td>400,7</td> <td>403,8</td> <td>-3,1</td> </tr> <tr> <td>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse....</td> <td>400,0</td> <td>405,4</td> <td>-5,4</td> </tr> </table>	Vieillesse ...	135,5	137,5	-2,1	Famille.....	51,1	50,2	0,8	Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	400,7	403,8	-3,1	Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse....	400,0	405,4	-5,4
Vieillesse...	135,5	137,5	-2,1																																																
Famille.....	51,1	50,2	0,8																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	400,7	403,8	-3,1																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse...	400,0	405,4	-5,4																																																
Vieillesse...	135,5	137,5	-2,1																																																
Famille.....	51,1	50,2	0,8																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches)...	400,7	403,8	-3,1																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	400,0	405,4	-5,4																																																
Vieillesse ...	135,5	137,5	-2,1																																																
Famille.....	51,1	50,2	0,8																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches) ...	400,7	403,8	-3,1																																																
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse....	400,0	405,4	-5,4																																																
⑥	<p>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 :</p>	<p>3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>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 :</p>																																																
⑦	<p>(En milliards d'euros)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Re cet tes</th> <th>Dép ens es</th> <th>Sol de</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse....</td> <td>16,6</td> <td>18,9</td> <td>-2,3</td> </tr> </tbody> </table>		Re cet tes	Dép ens es	Sol de	Fonds de solidarité vieillesse....	16,6	18,9	-2,3	<p>(En milliards d'euros)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Re cet tes</th> <th>Dép ens es</th> <th>Sol de</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse.....</td> <td>16,6</td> <td>18,9</td> <td>-2,3</td> </tr> </tbody> </table>		Re cet tes	Dép ens es	Sol de	Fonds de solidarité vieillesse.....	16,6	18,9	-2,3	<p>(En milliards d'euros)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Re cet tes</th> <th>Dép ens es</th> <th>Sol de</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse....</td> <td>16,6</td> <td>18,9</td> <td>-2,3</td> </tr> </tbody> </table>		Re cet tes	Dép ens es	Sol de	Fonds de solidarité vieillesse....	16,6	18,9	-2,3																								
	Re cet tes	Dép ens es	Sol de																																																
Fonds de solidarité vieillesse....	16,6	18,9	-2,3																																																
	Re cet tes	Dép ens es	Sol de																																																
Fonds de solidarité vieillesse.....	16,6	18,9	-2,3																																																
	Re cet tes	Dép ens es	Sol de																																																
Fonds de solidarité vieillesse....	16,6	18,9	-2,3																																																
⑧	<p>4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites lesquelles sont nulles.</p>	<p>4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;</p>	<p>4° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;</p>																																																
⑨	<p>5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse lesquelles sont nulles.</p>	<p>5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;</p>	<p>5° Les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;</p>																																																
⑩	<p>6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 16 milliards d'euros.</p>	<p>6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 16 milliards d'euros.</p>	<p>6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 16 milliards d'euros.</p>																																																

①	<p align="center">Article 6 Au titre de l'année 2019, 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 :</p>	<p align="center">Article 6 <i>(Alinéa sans modification)</i></p>	<p align="center">Article 6 Au titre de l'année 2019, 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 :</p>		
②	<p align="center"><i>(En milliards d'euros)</i></p>	<p align="center"><i>(En milliards d'euros)</i></p>	<p align="center"><i>(En milliards d'euros)</i></p>		
Sous-objectif	Objectif de dépenses	Sous-objectif	Objectif de dépenses	Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,4	Dépenses de soins de ville	91,4	Dépenses de soins de ville	91,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6	Dépenses relatives aux établissements de santé...	82,6	Dépenses relatives aux établissements de santé ..	82,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ..	9,6	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ..	9,6

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,0
Total	200,4

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional ..	3,5
Autres prises en charge	2,0
Total	200,4

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional ..	3,5
Autres prises en charge.....	2,0
Total	200,4

TROISIEME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
RECETTES ET
A L'EQUILIBRE DE
LA SECURITE
SOCIALE POUR
L'EXERCICE 2020

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

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
RECETTES ET À
L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
POUR L'EXERCICE
2020

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

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
RECETTES ET À
L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE
POUR L'EXERCICE
2020

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

	CHAPITRE I	CHAPITRE I ^{ER}	CHAPITRE I ^{ER}
	<p style="text-align: center;">Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs</p>	<p style="text-align: center;">Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs</p>	<p style="text-align: center;">Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs</p>
	<p style="text-align: center;">Article 7</p>	<p style="text-align: center;">Article 7</p>	<p style="text-align: center;">Article 7</p>
①	<p>I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée conformément aux conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre 2 du titre 1^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.</p>	<p>I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée dans les conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.</p>	<p>I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée dans les conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.</p>
②	<p>B. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3312-5 du code de travail, les accords d'intéressement conclus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.</p>	<p>B. – Par dérogation à l'article L. 3312-5 du même code, les accords d'intéressement conclus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.</p>	<p>B. – Par dérogation à l'article L. 3312-5 du même code, les accords d'intéressement conclus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.</p>
③	<p>C. – Cette prime peut être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.</p>	<p>C. – La prime mentionnée au A du présent I peut être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.</p>	<p>C. – La prime mentionnée au A du présent I peut être attribuée par l'employeur à l'ensemble des salariés et des agents qu'il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.</p>
④	<p>D. – L'entreprise utilisatrice mentionnée à l'article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au premier alinéa du A du I en informe l'entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l'accord ou la décision de</p>	<p>D. – L'entreprise utilisatrice mentionnée au 1^o de l'article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au A du présent I en informe l'entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l'accord ou la décision de</p>	<p>D. – L'entreprise utilisatrice mentionnée au 1^o de l'article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au A du présent I en informe l'entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l'accord ou la décision de</p>

	<p>l'entreprise utilisatrice mentionné au III. La prime ainsi versée bénéficie de l'exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du I sont remplies par l'entreprise utilisatrice.</p>	<p>l'entreprise utilisatrice mentionné au III. La prime ainsi versée bénéficie de l'exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du présent I sont remplies par l'entreprise utilisatrice.</p>	<p>l'entreprise utilisatrice mentionné au III. La prime ainsi versée bénéficie de l'exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du présent I sont remplies par l'entreprise utilisatrice.</p>
⑤	<p>E. – Les dispositions du A sont applicables dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et relevant des établissements ou services d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du même code lorsque ces établissements ou services ont versé, au cours des douze mois précédents, une prime d'intéressement en application des dispositions du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>E. – Le A du présent I est applicable dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et relevant des établissements et services d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du même code lorsque ces établissements et services ont versé, au cours des douze mois précédents, une prime d'intéressement en application des dispositions du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>E. – Le A du présent I est applicable dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d'un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles et relevant des établissements et services d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du même code lorsque ces établissements et services ont versé, au cours des douze mois précédents, une prime d'intéressement en application des dispositions du code de l'action sociale et des familles.</p>
⑥		<p>F (<i>nouveau</i>). – Le A du présent I n'est pas applicable aux associations et fondations mentionnées au <i>a</i> du 1° de l'article 200 et au <i>b</i> du 1° de l'article 238 <i>bis</i> du code général des impôts.</p>	<p>F. – <u>La condition relative à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement prévue au</u> A du présent I n'est pas applicable aux associations et fondations mentionnées au <i>a</i> du 1° de l'article 200 et au <i>b</i> du 1° de l'article 238 <i>bis</i> du code général des impôts.</p>
⑦	<p>II. – L'exonération prévue au V est applicable à la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficiant aux personnes mentionnées au A du I lorsque cette prime satisfait aux conditions suivantes :</p>	<p>II. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>II. – L'exonération prévue au V est applicable à la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficiant aux personnes mentionnées au A du I lorsque cette prime satisfait aux conditions suivantes :</p>
⑧	<p>1° Elle bénéficie aux salariés liés à l'entreprise par un contrat de travail, aux intérimaires mis à disposition de l'entreprise utilisatrice ou aux agents publics relevant</p>	<p>1° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>1° Elle bénéficie aux salariés liés à l'entreprise par un contrat de travail, aux intérimaires mis à disposition de l'entreprise utilisatrice ou aux agents publics relevant</p>

Amdt n° 169

<p>⑨</p>	<p>de l'établissement public à la date de versement de cette prime ;</p> <p>2° Son montant peut être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective pendant l'année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Les congés prévus au chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail sont assimilés à des périodes de présence effective ;</p>	<p>2° (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>de l'établissement public à la date de versement de cette prime ;</p> <p>2° Son montant peut être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective pendant l'année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Les congés prévus au chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail sont assimilés à des périodes de présence effective ;</p>
<p>⑩</p>	<p>3° Elle est versée entre la date d'entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;</p>	<p>3° (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>3° Elle est versée entre la date d'entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;</p>
<p>⑪</p>	<p>4° Elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage. Elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise ou l'établissement public.</p>	<p>4° (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>4° Elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage. Elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise ou l'établissement public.</p>
<p>⑫</p>	<p>III. – Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au C du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision</p>	<p>III. – Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au C du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision</p>	<p>III. – Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au C du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision</p>

	<p>unilatérale de l'employeur. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L. 2311-2 du code du travail.</p> <p>13 IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail, mentionnés à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale, par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.</p> <p>14 V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 euros par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues aux articles 235 <i>bis</i> du code général des impôts et L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.</p>	<p>unilatérale de l'employeur. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L. 2311-2 du même code.</p> <p>IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail mentionné à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.</p> <p>V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues à l'article 235 <i>bis</i> du code général des impôts et à l'article L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.</p>	<p>unilatérale de l'employeur. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L. 2311-2 du même code.</p> <p>IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail mentionné à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.</p> <p>V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues à l'article 235 <i>bis</i> du code général des impôts et à l'article L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.</p>
--	--	--	--

<p>Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 241-10. – I.-</i> La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :</p> <p><i>a)</i> Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;</p> <p><i>b)</i> Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de</p>	<p>⑮ Elle est exclue des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale et pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code.</p> <p>⑯ VI. – Pour l'application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.</p> <p>Article 8 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p><i>(Alinéa modification)</i> sans</p> <p>VI. – <i>(Alinéa modification)</i> sans</p> <p>Article 8 I. – <i>(Alinéa modification)</i> sans</p>	<p>Elle est exclue des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale et pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code.</p> <p>VI. – Pour l'application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.</p> <p>Article 8 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
--	--	--	--

l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

c) Des personnes titulaires :

-soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;

-soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

-soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ;

d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ;

e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.

Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut se

cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.

I bis.-Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :

1° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 2 €, dans les cas autres que celui mentionné au 3° ;

2° (Abrogé) ;

3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

II.-Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes mentionnées aux *a, c, d* et *e* du I du présent article sont exonérés, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du même I, des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de

celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux.

III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;

3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Les structures mentionnées aux 1° et 3° du présent III, lorsqu'elles constituent des employeurs de droit privé, sont en outre exonérées, pour les rémunérations versées aux aides à domicile employées dans les conditions définies au premier alinéa du présent III, de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale

②

1° Au cinquième alinéa du III de l'article L. 241-10, après les mots : « prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail », sont ajoutés les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code » ;

~~1° Le cinquième alinéa du III de l'article L. 241-10 est complété par les mots : « , à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application du 1° de l'article L. 5422-12 du même code » ;~~

1° (*Supprimé*)

Amdt n° 170

et des familles, des contributions mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code, des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5, des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire et des contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail.

Pour les structures mentionnées au cinquième alinéa du présent III, lorsque la rémunération est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 20 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération est égale au salaire minimum de croissance annuel majoré de 60 %.

Ces exonérations s'appliquent à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privatif :

a) Des personnes mentionnées au I ;

b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité

sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au *a* du I du présent article, du plafond prévu par ce même *a*.

Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au *b* du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code.

Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment :

-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;

-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux *b*, *c*, *d* et *e* du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa

que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.

.....
...

Art. L. 241-13. –
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, les contributions mentionnées à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation, les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du présent code, la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et les contributions à la charge de l'employeur dues au titre de l'assurance chômage prévues au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail qui sont assises sur les rémunérations ou gains inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.

③ 2° A
l'article L. 241-13 :

④ a) Au I :

⑤ – après les mots :
« et des maladies professionnelles », sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5 » ;

⑥

2° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– après le mot :
« professionnelles », sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5 » ;

– après la deuxième occurrence du mot :
« code », sont insérés les mots : « ou créés par la loi » ;

2° L'article L. 241-13 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– après le mot :
« professionnelles », sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 241-5 » ;

– après la deuxième occurrence du mot :
« code », sont insérés les mots : « ou créés par la loi » ;

⑦

– après les mots :
« prévues à
l'article L. 5422-9 du code
du travail », sont insérés les
mots : « , à hauteur d'un
taux ne tenant pas compte
de l'application des
dispositions prévues au
deuxième alinéa de
l'article L. 5422-12 du
même code » ;

~~– après la seconde
occurrence du mot :
« travail », sont insérés les
mots : « , à hauteur d'un
taux ne tenant pas compte
de l'application du 1^o de
l'article L. 5422-12 du
même code » ;~~

(Alinéa supprimé)

Amdt n° 170

.....
....

III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il 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. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés

sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

La rémunération prise en compte pour la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1. Toutefois, elle ne tient compte des déductions au titre de frais professionnels calculées forfaitairement en pourcentage de cette rémunération que dans des limites et conditions fixées par arrêté.

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

.....
...

VII.-Le montant de la réduction est imputé, lors de leur paiement, sur les cotisations et contributions

⑧

b) Au troisième alinéa du III, après les mots : « est fixé par décret », les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. », sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I. » ;

⑨

c) Après le troisième alinéa du VII, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑩

b) À la fin de la première phrase du troisième alinéa du III, les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5 » sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I » ;

c) Le VII est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après la référence : « article L. 922-4 », sont insérés les mots : « du

b) À la fin de la première phrase du troisième alinéa du III, les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5 » sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I » ;

c) Le VII est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après la référence : « article L. 922-4 », sont insérés les mots : « du

mentionnées au I déclarées, d'une part, aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, d'autre part, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en fonction de la part que représente le taux de ces cotisations et contributions, tel que retenu pour l'établissement de la réduction, dans la valeur maximale fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du III du présent article.

Pour les salariés expatriés mentionnés au *a* de l'article L. 5427-1 du code du travail et les salariés mentionnés au *e* du même article L. 5427-1, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du même code.

Pour les salariés mentionnés à l'article L. 133-9 du présent code, le montant de la réduction s'impute en outre, selon les mêmes règles, sur les cotisations recouvrées par l'organisme de recouvrement habilité par l'État en application du même article L. 133-9.

présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports » ;

présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports » ;

⑪

~~il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :~~

(Alinéa supprimé)

Amdt n° 170

⑫

« Dans le cas où la minoration, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I

~~« Dans le cas où la minoration, prévue au 1° de l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la~~

(Alinéa supprimé)

Amdt n° 170

applicables à la rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées. »

~~rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées. »~~

Code des transports

Art. L. 5553-11. –

Les entreprises d'armement maritime sont exonérées de la contribution patronale mentionnée à l'article L. 5553-1 du présent code, de la cotisation d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale et de la contribution à l'allocation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mentionnée au 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail dues par les employeurs, pour les équipages et les gens de mer que ces entreprises emploient, qui sont affiliés au régime d'assurance vieillesse des marins et qui sont embarqués à bord des navires de commerce dirigés et contrôlés à partir d'un établissement stable situé sur le territoire français, battant pavillon français ou d'un autre État membre de l'Union européenne, d'un État partie

à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, et affectés à des activités de transport ou à des activités de services maritimes soumises aux orientations de l'Union européenne sur les aides d'État au transport maritime, soumises à titre principal à une concurrence internationale.

⑬

II. – ~~Après le premier alinéa de l'article L. 5553-11 du code des transports, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :~~

⑭

« L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue à l'alinéa précédent s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code. »

⑮

III. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

⑯

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

①

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 722-20. – Le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles est applicable, dans les conditions fixées par les titres IV, V et VI du

II. – (Alinéa sans modification)

« ~~L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue au premier alinéa s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code.~~ »

III. – (Alinéa sans modification)

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, à l'exception des dispositions résultant du troisième alinéa du a et du c du 2^o du I, qui sont applicables pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 8 bis (nouveau)

L'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

II. – (Supprimé)

Amdt n° 170

III. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, à l'exception des dispositions résultant du troisième alinéa du a et du deuxième alinéa du c du 2^o du I, qui sont applicables pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2019.

Amdt n° 218

Article 8 bis

L'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

présent livre, aux personnes salariées et assimilées énumérées ci-dessous :

1° Salariés occupés aux activités ou dans les entreprises ou établissements définis à l'article L. 722-1, à l'exception de l'activité mentionnée au 5° dudit article, et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente ;

2° Gardes-chasse, gardes-pêche, gardes forestiers, jardiniers, jardiniers gardes de propriété et, de manière générale, toutes les personnes qui, n'ayant pas la qualité d'entrepreneur, sont occupées par des groupements et sociétés de toute nature ou des particuliers à la mise en état et à l'entretien des jardins ;

3° Employés de maison au service d'un exploitant agricole lorsqu'ils exercent habituellement leur activité sur le lieu de l'exploitation agricole ;

4° Métayers mentionnés à l'article L. 722-21 ;

5° Personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés mentionnés à l'article L. 813-8 ;

6° Salariés des organismes de mutualité agricole, des caisses de crédit agricole mutuel, des chambres d'agriculture, du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles, des coopératives agricoles, des sociétés d'intérêt collectif agricole, des sociétés à caractère

coopératif dites fruitières, des sociétés agricoles diverses, des syndicats agricoles, des associations syndicales de propriétaires dont l'objet est agricole et, d'une manière générale, de tout groupement professionnel agricole, de même que les personnels non titulaires de l'établissement " Domaine de Pompadour " dont les contrats ont été transférés à l'Etablissement public Les Haras nationaux ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ;

6° bis Salariés de toute société ou groupement créé après le 31 décembre 1988, dans leur champ d'activité, par les organismes cités au 6°, à condition que leur participation constitue plus de 50 % du capital ;

6° ter Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2005 par les sociétés ou groupements mentionnés au 6° bis, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ;

②

③

④

⑤

1° Le 6° ter est ainsi modifié :

a) Après la mention : « 6° ter », est insérée la mention : « a) » ;

b) Il est ajouté un b ainsi rédigé :

« b) Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2019, par les filiales de coopératives agricoles mentionnées au a du présent 6° ter et par l'ensemble de leurs filiales successives, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et

1° Le 6° ter est ainsi modifié :

a) Après la mention : « 6° ter », est insérée la mention : « a) » ;

b) Il est ajouté un b ainsi rédigé :

« b) Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2019, par les filiales de coopératives agricoles mentionnées au a du présent 6° ter et par l'ensemble de leurs filiales successives, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et

Code de la sécurité sociale

Art. L. 613-11. –

Sauf demande contraire de la part des travailleurs indépendants effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus aux articles L. 621-1 et L. 633-1, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 632-1 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à

⑥

⑦

①

groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ; »

2° Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Par dérogation au 31° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les salariés définis au présent article au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale et attribués en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt d'une tierce personne n'ayant pas à leur égard la qualité d'employeur et dont les salariés sont affiliés au régime mentionné au premier alinéa du présent article. »

Article 8 ter (nouveau)

I. –

L'article L. 613-11 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi qu'aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes au titre des activités accessoires saisonnières qu'elles exercent ».

groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ; »

2° Après le 15°, il est inséré un 16° ainsi rédigé :

« 16° Par dérogation au 31° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les salariés définis au présent article au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4 du code de la sécurité sociale et attribués en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt d'une tierce personne n'ayant pas à leur égard la qualité d'employeur et dont les salariés sont affiliés au régime mentionné au premier alinéa du présent article. »

Article 8 ter

I. –

L'article L. 613-11 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi qu'aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes au titre des activités accessoires saisonnières qu'elles exercent ».

l'article L. 842-1 du présent code.

②

Art. L. 752-3-2. – I.-
En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail et des particuliers employeurs, sont exonérés du paiement des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code dans les conditions définies au présent article.

II.-L'exonération s'applique :

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

2° Quel que soit leur effectif, aux employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, de l'environnement, de

II. – La perte de recettes résultant du I pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 8 quater (nouveau)

II. – La perte de recettes résultant du I pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 8 quater

l'agronutrition, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, du tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, du nautisme, de l'hôtellerie, de la recherche et du développement, ainsi qu'aux entreprises bénéficiaires du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 établissant le code des douanes de l'Union ;

3° Aux employeurs de transport aérien assurant :

a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion ;

b) La liaison entre ces départements ou collectivités ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi qu'entre La Réunion et Mayotte ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique ou de La Réunion.

Seuls sont pris en compte les personnels des employeurs concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements ou collectivités ;

4° Aux employeurs assurant la desserte maritime ou fluviale de

plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte ;

5° En Guyane, aux employeurs ayant une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 *undecies* B du code général des impôts, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques.

III.-A.-Pour les employeurs mentionnés aux 1°, 3° et 4° du II ainsi que ceux mentionnés au 2° du même II à l'exception de ceux mentionnés aux B et C du présent III, lorsque le revenu d'activité de l'année tel qu'il est pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du présent code est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13. A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 120 %.

B.-Le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues au dernier alinéa du présent B pour les employeurs occupant moins de

deux cent cinquante salariés et ayant réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros qui :

1° Soit relèvent des secteurs mentionnés au 2° du II à l'exception des secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la presse et de la production audiovisuelle ;

2° Soit relèvent du 5° du même II ;

3° Soit bénéficient du régime de perfectionnement actif défini à l'article 256 du règlement (UE) n° 952/2013 du Parlement européen et du Conseil du 9 octobre 2013 précité.

Pour ces employeurs, lorsque le revenu d'activité de l'année est inférieur à un seuil égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations et contributions à la charge de l'employeur mentionnées au I de l'article L. 241-13 du présent code. A partir de ce seuil, la part du revenu d'activité annuel sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque le revenu d'activité est égal au salaire minimum de croissance annuel majoré de 170 %.

.....
....

Au 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , de la presse » sont supprimés.

Au 1° du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « , de la presse » sont supprimés.

**Article
8 quinquies (nouveau)**

À la première phrase du dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux :

Article 8 quinquies

À la première phrase du dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux :

Art. L. 136-1-1. – I.-
La contribution prévue à l'article L. 136-1 est due sur toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction électorale, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte.

Ne constituent pas un revenu d'activité les remboursements effectués au titre de frais professionnels correspondant dans les conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget à des charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi des travailleurs salariés ou assimilés que ceux-ci supportent lors de l'accomplissement de leurs missions.

.....
...

III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :

1° a) Les rémunérations des apprentis mentionnées à l'article L. 6221-1 du code du travail ;

b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées

« 100 % ».

Article 9

« 100 % ».

Article 9

aux *a, b* et *f* du 2° de l'article L. 412-8 du présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ;

c) La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle mentionnée à l'article L. 6341-1 et à l'article L. 6341-7 du code du travail ;

d) L'allocation de formation mentionnée à l'article L. 6321-10 du même code ;

2° a) Les cotisations mises à la charge des employeurs dues auprès des régimes obligatoires de sécurité sociale ;

b) Les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4 du présent code, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre 1^{er} du titre 2 du livre 9 ou versées en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 ;

c) Les contributions mises à la charge des employeurs en application du 1° de l'article L. 5422-9 du code du travail destinées au financement du régime d'assurance chômage, ainsi que celles finançant les fonds d'assurance-formation mentionnés à l'article L. 6332-7 du même code ;

d) La part des cotisations salariales prise en charge par l'employeur dans les conditions prévues aux articles L. 241-3-1 et L. 241-3-2 du présent code ;

e) Les versements des employeurs consacrés au financement des régimes de retraite et qui sont assujettis aux contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-2 du présent code ;

f) La participation des employeurs à l'effort de construction, prévue par l'article L. 313-1 du code de la construction et de l'habitation ;

g) Le versement destiné au financement des transports en commun, prévu par les articles L. 2333-64, L. 2531-2 et L. 5722-7 du code général des collectivités territoriales ;

h) La contribution des employeurs au financement mutualisé des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs, prévue par l'article L. 2135-10 du code du travail ;

3° a) L'avantage salarial correspondant à la valeur, à leur date d'acquisition, des actions attribuées dans les conditions définies aux articles L. 225-197-1 à

L. 225-197-6 du code de commerce, dans la limite annuelle prévue par le I de l'article 80 *quaterdecies* du code général des impôts ;

b) L'indemnisation mentionnée au II de l'article L. 225-270 du code de commerce versée en cas de dissolution de la société coopérative de main-d'œuvre ou, le cas échéant, la valeur des actions attribuées à ce titre ;

c) Les avantages d'actionariat attribués aux salariés dans le cadre des dispositions de la loi n° 80-834 du 24 octobre 1980 créant une distribution d'actions en faveur des salariés des entreprises industrielles et commerciales ;

d) Les rémunérations mentionnées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme ; celles-ci sont assujetties à la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du présent code au titre des revenus de capitaux mobiliers ;

4° a) Les sommes consacrées par les employeurs pour l'acquisition de titres-restaurant dans les conditions prévues au 19° de l'article 81 du code général des impôts ;

b) L'avantage résultant pour le bénévole de la contribution de l'association au financement de chèques-repas en application de l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif ;

c) L'aide financière du comité social et économique de l'entreprise ou celle de l'entreprise destinée au financement d'activités de services à la personne mentionnées aux articles L. 7233-4 et L. 7233-5 du code du travail ;

d) L'avantage résultant de la prise en charge obligatoire par l'employeur des frais de transports publics dans les conditions prévues à l'article L. 3261-2 du même code ;

e) L'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant ou des frais exposés pour l'alimentation de véhicules électriques engagés par les salariés dans les conditions prévues à l'article L. 3261-3 du même code et des frais mentionnés à l'article L. 3261-3-1 du même code, dans la limite prévue au *b* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts, ainsi que l'avantage mentionné au *c* du même 19° *ter*, dans la limite prévue au même *c* ;

f) (Abrogé) ;

5° a) Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, dans la limite du plus petit des montants suivants :

-le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou la loi si ce dernier est le plus élevé, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour le motif concerné, le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle de

licenciement ;

-le montant fixé en application du 7° du II de l'article L. 242-1 du présent code.

Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties ;

b) Les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 *ter* du code général des impôts, qui ne sont pas imposables en application de l'article 80 *duodecies* du même code, dans la limite d'un montant égal à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code. Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions d'un montant supérieur à cinq fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. Pour l'appréciation des seuils et plafonds du présent alinéa, il est fait masse, le cas échéant, des indemnités mentionnées au *a* du présent 5° ;

①

I. – Après le 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

②

« 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées

I. – Après le 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées

I. – Après le 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées

	<p>aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.</p>	<p>aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.</p>	<p>aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.</p>
③	<p>« Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »</p>
④	<p>II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.</p>	<p>II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.</p>	<p>II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.</p>
⑤	<p>Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties.</p>	<p>Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné au même article L. 241-3 sont intégralement assujetties.</p>	<p>Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné au même article L. 241-3 sont intégralement assujetties.</p>
⑥	<p>III. – Les dispositions de</p>	<p>III. – L'article L. 131-7 du code</p>	<p>III. – (<i>Supprimé</i>)</p>

l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables aux pertes de recettes résultant de l'application du I et du II.

~~de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant de l'application des I et II du présent article.~~

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 245-12. –

L'élément mentionné au 1° de l'article L. 245-3 peut être employé, selon le choix de la personne handicapée, à rémunérer directement un ou plusieurs salariés, notamment un membre de la famille dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article, ou à rémunérer un service prestataire d'aide à domicile, ainsi qu'à dédommager un aidant familial qui n'a pas de lien de subordination avec la personne handicapée au sens du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} du code du travail. Le dédommagement de l'aidant familial est pris en compte pour la détermination de l'assiette de la contribution définie à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale au titre des revenus d'activité.

La personne handicapée remplissant des conditions fixées par décret peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, y compris son conjoint, son concubin ou la personne avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité dans des conditions fixées par décret.

Code général des impôts

Art. 81. – Sont affranchis de l'impôt :

①

Article 9 bis (nouveau)

I. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.

Article 9 bis

I. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.

.....
...

9° *ter* La prestation de compensation servie en vertu des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

②

③

④

⑤

.....
...

Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-1-3. – I.- Ne sont pas assujetties à la contribution sociale prévue à l'article L. 136-1 les prestations sociales suivantes :

.....
...

9° La prestation de compensation servie en vertu des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception du dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du même

⑥

II. – Le 9° *ter* de l'article 81 du code général des impôts est ainsi rédigé :

« 9° *ter* a. La prestation de compensation servie en application des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« b. Les sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans les conditions définies à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles ; ».

III. – La section 1 du chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au 9° du I de l'article L. 136-1-3, les mots : « à l'exception du » sont remplacés par les mots : « y compris le » ;

II. – Le 9° *ter* de l'article 81 du code général des impôts est ainsi rédigé :

« 9° *ter* a. La prestation de compensation servie en application des dispositions de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« b. Les sommes perçues à titre de dédommagement par les aidants familiaux dans les conditions définies à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles ; ».

III. – La section 1 du chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au 9° du I de l'article L. 136-1-3, les mots : « à l'exception du » sont remplacés par les mots : « y compris le » ;

code ;

.....
...

II *bis*.-La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution sur l'avantage mentionné au I de l'article 80 *bis* du code général des impôts, ainsi que sur l'avantage mentionné au I de l'article 80 *quaterdecies* du même code lorsque ce dernier est imposé à l'impôt sur le revenu suivant les règles de droit commun des traitements et salaires, ainsi que sur le dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.

⑦

⑧

.....
...

Code général des impôts

Art. 1613 *bis*. – I. –
Les boissons constituées par :

①

2° Au II *bis* de l'article L. 136-5, les mots : « ainsi que sur le dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, » sont supprimés.

IV. – Le III s'applique à l'impôt sur le revenu dû au titre de l'année 2020 et des années suivantes.

Article 9 *ter* (nouveau)

L'article 1613 *bis* du code général des impôts est ainsi modifié :

2° Au II *bis* de l'article L. 136-5, les mots : « ainsi que sur le dédommagement mentionné à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, » sont supprimés.

IV. – Le II s'applique à l'impôt sur le revenu dû au titre de l'année 2020 et des années suivantes.

Article 9 *ter*

I. –
L'article 1613 *bis* du code général des impôts est ainsi modifié :

Amdt n° 171

Amdt n° 172

a) Un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique acquis n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques définies aux articles 401, 435 et au a du I de l'article 520 A,

ou

b) Un ou plusieurs produits alcooliques, définis aux articles 401,435 et au a du I de l'article 520 A qui ne répondent pas aux définitions prévues aux règlements modifiés n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989, n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 et n° 1493/99 du Conseil du 17 mai 1999, au 5° de l'article 458, qui ne bénéficient pas d'indications géographiques protégées ou d'attestations de spécificité au sens de la réglementation communautaire, et qui contiennent plus de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti, font l'objet d'une taxe perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie dès lors que la boisson obtenue présente un titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % vol. et inférieur à 12 % vol.

II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à 11 € par décilitre d'alcool pur.

②

③

④

⑤

⑥

1° Au b du I, la référence : « , n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 » est supprimée ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à :

« 1° 3 € par décilitre d'alcool pur pour les boissons définies à l'article 435 ;

« 2° 11 € par décilitre d'alcool pur pour les autres boissons. »

1° Au b du I, la référence : « , n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 » est supprimée ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à :

« 1° 3 € par décilitre d'alcool pur pour les boissons définies à l'article 435 ;

« 2° 11 € par décilitre d'alcool pur pour les autres boissons. »

II (nouveau). – À compter 1^{er} janvier 2021, au 1^o du II de l'article 1613 bis du code général des impôts, le montant : « 3 € » est remplacé par le montant : « 5 € ».

Amdt n° 172

III (nouveau). – À compter 1^{er} janvier 2022, au 1^o du II de l'article 1613 bis du code général des impôts, le montant : « 5 € » est remplacé par le montant : « 7 € ».

Amdt n° 172

IV (nouveau). – À compter 1^{er} janvier 2023, au 1^o du II de l'article 1613 bis du code général des impôts, le montant : « 7 € » est remplacé par le montant : « 9 € ».

Amdt n° 172

V (nouveau). – À compter 1^{er} janvier 2024, le II de l'article 1613 bis du code général des impôts est ainsi rédigé :

Amdt n° 172

« II. – Le tarif de la taxe mentionnée au I est fixé à 11 € par décilitre d'alcool pur. »

Amdt n° 172

Article 9 quater (nouveau)

Article 9 quater

.....
...
Code de la sécurité sociale

Art. L. 136-1-I. – I.-
La contribution prévue à l'article L. 136-1 est due sur

toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction électorale, quelles qu'en soient la dénomination ainsi que la qualité de celui qui les attribue, que cette attribution soit directe ou indirecte.

Ne constituent pas un revenu d'activité les remboursements effectués au titre de frais professionnels correspondant dans les conditions et limites fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget à des charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi des travailleurs salariés ou assimilés que ceux-ci supportent lors de l'accomplissement de leurs missions.

III.-Par dérogation au I, sont exclus de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 les revenus suivants :

1° a) Les rémunérations des apprentis mentionnées à l'article L. 6221-1 du code du travail ;

b) La fraction de la gratification versée aux personnes mentionnées aux *a*, *b* et *f* du 2° de l'article L. 412-8 du présent code et aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime, qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code et du nombre d'heures

de stage effectuées au cours du mois considéré. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables ;

c) La rémunération des stagiaires de la formation professionnelle mentionnée à l'article L. 6341-1 et à l'article L. 6341-7 du code du travail ;

d) L'allocation de formation mentionnée à l'article L. 6321-10 du même code ;

①

②

.....
...

①

②

Le 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e* ainsi rédigé :

« *e*) La fraction de la rémunération versée aux personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8 qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, un pourcentage de la rémunération réelle fixé par décret ; ».

Article

9 quinquies (nouveau)

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre du dispositif de cessation anticipé d'activité institué dans la branche professionnelle des ports et de la manutention par l'accord du 16 avril 2011 relatif à la cessation anticipée d'activité.

Les sommes correspondant à la part des avantages versés au titre de la cessation anticipée d'activité mentionnée au premier alinéa du présent article financée par des

Le 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un *e* ainsi rédigé :

« *e*) La fraction de la rémunération versée aux personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8 qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, un pourcentage de la rémunération réelle fixé par décret ; ».

Article 9 quinquies

L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre du dispositif de cessation anticipé d'activité institué dans la branche professionnelle des ports et de la manutention par l'accord du 16 avril 2011 relatif à la cessation anticipée d'activité.

Les sommes correspondant à la part des avantages versés au titre de la cessation anticipée d'activité mentionnée au premier alinéa du présent article financée par des

Art. L. 862-4. – I. —
Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré. La participation financière de l'assuré mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 n'est pas assujettie à la taxe.

La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes

cotisations des employeurs sont assujetties au forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

cotisations des employeurs sont assujetties au forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE I^{ER} BIS

Mieux garantir les droits des assurés

(Division et intitulé nouveaux)

Amdt n° 194

Article 9 sexies (nouveau)

chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. — Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à

I. — À compter du 1^{er} janvier 2020, à la fin du premier alinéa du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, le taux : « 13,27 % » est remplacé par le taux : « 14,30 % ».

II. — À compter du 1^{er} janvier 2021, à la fin du premier alinéa du II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, le taux : « 14,30 % » est remplacé par le taux : « 13,27 % ».

Amdt n° 194

l'article L. 871-1.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.

.....
...

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-2. – Les dispositions de l'article L. 243-3 peuvent être rendues applicables, avec, éventuellement, les adaptations nécessaires, par décrets en Conseil d'État, à tous organismes de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Art. L. 133-3. – Les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou à abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances

CHAPITRE 2

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10

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

①

②

③

1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

CHAPITRE II

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° A *(nouveau)*
L'article L. 133-2 est abrogé ;

1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est ainsi rédigé :

CHAPITRE II

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10

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

1° A L'article L. 133-2 est abrogé ;

1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est ainsi rédigé :

ou de leurs dettes à l'égard des cotisants ou des assurés ou des tiers en deçà des montants et dans des conditions fixés par décret.

L'admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 133-5-3. – I.-
Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances

④

« Ce décret précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur. » ;

(Alinéa
modification)

sans

« Ce décret précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur. » ;

sociales, de formation et de prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

II.-La transmission de la déclaration sociale nominative permet aux employeurs d'accomplir les formalités déclaratives suivantes :

1° Les déclarations leur incombant auprès des organismes de sécurité sociale pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale de leurs salariés ;

2° Les déclarations prévues aux articles 87 et 87-0 A du code général des impôts ;

3° Toute autre déclaration portant sur les mêmes données que celles transmises au titre des déclarations mentionnées aux 1° et 2°, lorsque la déclaration sociale nominative permet de s'y substituer.

II *bis*.-Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune

des personnes attributaires de ces sommes et prestations, et après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations sociales, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions.

La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts.

Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées.

⑤ 2° A l'article L. 133-5-3, il est inséré, après le II *bis*, un II *ter* ainsi rédigé :

⑥ « II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des employeurs et organismes mentionnés aux I et II *bis*, au moyen d'un dispositif unifié, les informations, déterminées

2° Après le II *bis* de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *ter* ainsi rédigé :

« II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des personnes tenues aux obligations mentionnées aux I et II *bis* les informations, déterminées par décret, leur

2° Après le II *bis* de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *ter* ainsi rédigé :

« II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des personnes tenues aux obligations mentionnées aux I et II *bis* les informations, déterminées par décret, leur

	<p>par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale. » ;</p>	<p>permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale au moyen d'un dispositif unifié. » ;</p>	<p>permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale au moyen d'un dispositif unifié. » ;</p>
⑦	<p>3° Il est inséré, après l'article L. 133-5-3, un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :</p>	<p>3° Après le même article L. 133-5-3, il est inséré un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :</p>	<p>3° Après le même article L. 133-5-3, il est inséré un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :</p>
⑧	<p>« Art. L. 133-5-3-1. – Les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes auxquels sont destinées les données déclarées.</p>	<p>« Art. L. 133-5-3-1. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 133-5-3-1. – Les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes auxquels sont destinées les données déclarées.</p>
⑨	<p>« En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En cas de carence, les organismes auxquels la déclaration a été adressée peuvent procéder d'eux-mêmes à cette correction.</p>	<p>« En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. Si une carence est constatée, les organismes auxquels la déclaration a été adressée peuvent <u>procéder d'eux-mêmes à ces corrections.</u></p>	<p>« En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. <u>En l'absence de correction par le déclarant, celle-ci peut être réalisée</u> par les organismes auxquels la déclaration a été adressée.</p>
⑩	<p>« Un décret en Conseil d'état détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes destinataires et les modalités d'organisation garantissant la simplicité et le caractère coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes mentionnés au deuxième alinéa et les modalités d'organisation garantissant le caractère simple et coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure <u>d'échange</u> contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes mentionnés au deuxième alinéa et les modalités d'organisation garantissant le caractère simple et coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;</p>
⑪	<p>4° À l'article L. 133-5-4 :</p>	<p>4° L'article L. 133-5-4 est ainsi modifié :</p>	<p>4° L'article L. 133-5-4 est ainsi modifié :</p>
⑫	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « ou l'inexactitude des données déclarées » sont remplacés par les mots : « ,</p>	<p>a) (Alinéa sans modification)</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « ou l'inexactitude des données déclarées » sont remplacés par les mots : « ,</p>

Art. L. 133-5-4. – Le défaut de production des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 dans les délais prescrits, l'omission

Amdt n° 211

Amdt n° 211

de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.

Cette pénalité est fixée par décret en Conseil d'État dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne pour laquelle est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.

Art. L. 213-1. – Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

1° Le recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les salariés ou assimilés relevant du régime général et par leurs employeurs ainsi que par les salariés ou assimilés volontaires ;

2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par l'ensemble des personnes autres que celles mentionnées aux 1° et 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et

l'inexactitude des données déclarées ou l'absence de correction dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots « sont constatés le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude » sont remplacés par les mots : « le manquement est constaté » ;

5° L'article L. 213-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 213-1* – I. – Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

« 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime et au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ;

« 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à

l'inexactitude des données déclarées ou l'absence de correction par le déclarant dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 » ;

Amdt n° 211

b) Au deuxième alinéa, les mots : « est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude » sont remplacés par les mots : « le manquement est constaté » ;

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

« *Art. L. 213-1.* – I. – Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :

« 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ;

« 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

de la pêche maritime ;

2° *bis* (Abrogé) ;

3° Le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, autres que celles mentionnées également aux articles L. 642-1 et L. 652-6 ;

⑱

l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7 et L. 652-9 ;

« 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;

l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ;

« 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-1 et L. 645-3 dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;

l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ;

« 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-1 et L. 645-3 dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;

⑲

« 3° *bis* (nouveau)

Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3, L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;

« 3° *bis* Le recouvrement des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-3, L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales dues par les personnes ne relevant pas des régimes de protection sociale agricole ;

⑳

« 3° *ter* (nouveau)

Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;

« 3° *ter* Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;

4° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée mentionnée à l'article L. 136-1 due par l'ensemble des assurés autres que ceux mentionnés au 3° du présent article ou aux articles L. 722-1 et L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;

㉑

« 4° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5212-9, L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à

« 4° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à

« 4° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à

<p>5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés à l'article L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9 ainsi qu'à l'article L. 5422-11 du code du travail ;</p>	<p>22</p>	<p>l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;</p> <p>« 5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;</p>	<p>l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;</p> <p>« 5° (Alinéa sans modification)</p>	<p>l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;</p> <p>« 5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;</p>
<p>5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 ;</p>				
<p>6° Le contrôle du recouvrement prévu aux 1° à 5° ;</p>	<p>23</p>	<p>« 6° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme.</p>	<p>« 6° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme ;</p>	<p>« 6° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme ;</p>
<p>7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 destinées à venir en aide aux travailleurs indépendants qui éprouvent des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales.</p>	<p>24</p>		<p>« 7° (nouveau) La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 dans le domaine de l'action sociale visant à faciliter le règlement des cotisations et contributions sociales.</p>	<p>« 7° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 dans le domaine de l'action sociale visant à faciliter le règlement des cotisations et contributions sociales.</p>
<p>Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.</p>	<p>25</p>	<p>« II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.</p>	<p>« II. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.</p>
<p>Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.</p>	<p>26</p>	<p>« Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.</p>
<p>En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut</p>	<p>27</p>	<p>« Une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences en matière de</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences en matière de</p>

déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.

	recouvrement, de contrôle et de contentieux dans des conditions fixées par décret. » ;		recouvrement, de contrôle et de contentieux dans des conditions fixées par décret. » ;
28	6° Il est inséré, après l'article L. 213-1, un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :	6° Après le même article L. 213-1, il est inséré un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :	6° Après le même article L. 213-1, il est inséré un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :
29	« Art. L. 213-1-1. – Les dispositions du 1° de l'article L. 213-1 ne sont pas applicables au recouvrement :	« Art. L. 213-1-1. – Le 1° du I de l'article L. 213-1 n'est pas applicable au recouvrement :	« Art. L. 213-1-1. – Le 1° du I de l'article L. 213-1 n'est pas applicable au recouvrement :
30	« 1° De la cotisation mentionnée au 2° de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;	« 1° De la cotisation mentionnée au 2° du paragraphe 1 ^{er} de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;	« 1° De la cotisation mentionnée au 2° du paragraphe 1 ^{er} de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;
31	« 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;	« 2° (<i>Alinéa sans modification</i>)	« 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;
32	« 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an. » ;	« 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés au 2°, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an ;	« 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés au 2°, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an ;
33		« 4° (<i>nouveau</i>) Des cotisations et contributions dues par les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports lorsqu'elles ne sont pas rattachées par leur employeur à un établissement situé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. » ;	« 4° Des cotisations et contributions dues par les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports lorsqu'elles ne sont pas rattachées par leur employeur à un établissement situé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 213-4. – Les cotisations et contributions mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Art. L. 225-1-1. – L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :

1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;

2° De définir, pour les travailleurs salariés et non-salariés, ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en œuvre par les organismes locaux ;

3° Dans les cas prévus par la loi ou, pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, par décret, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre I^{er} et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ;

34

7° A

l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

35

8° A

l'article L. 225-1-1 :

36

a) Le 3°

est supprimé ;

7° À

l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

8°

L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Le 3°

est abrogé ;

7° À

l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

8°

L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Le 3°

est abrogé ;

3° *bis* D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;

3° *ter* D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

3° *quater* D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;

3° *quinquies* D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;

4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'État fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'État ;

5° De centraliser l'ensemble des opérations des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des

③7

b) Le 5° est remplacé par les dispositions suivantes :

③8

« 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 7524.

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et

caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, de centraliser les opérations pour compte de tiers et d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'État ;

③⑨

« L'Agence centrale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.

④⑩

« Par dérogation à l'alinéa précédent, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :

④①

« a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ;

④②

« b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.

④③

« Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général

L. 752-4.

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.

« Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :

« a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ;

« b) (Alinéa sans modification)

« Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général

L. 752-4.

« L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent.

« Par dérogation au deuxième alinéa du présent 5°, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :

« a) Pour les cotisations et contributions sociales mentionnées au 1° du I de l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 ;

« b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.

« Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général

	mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.	mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.	mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.
④④	« Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code après le 1 ^{er} janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.	« Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1 ^{er} janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.	« Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1 ^{er} janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.
④⑤	« Sans préjudice de l'application des dispositions prévues aux cinq alinéas précédents, l'Agence centrale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.	« Sans préjudice de l'application des troisième à septième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.	« Sans préjudice de l'application des troisième à septième alinéas du présent 5°, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.
④⑥	« Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;	« Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;	« Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
④⑦	c) Le 5° <i>bis</i> est remplacé par les dispositions suivantes :	c) Le 5° <i>bis</i> est ainsi rédigé :	c) Le 5° <i>bis</i> est ainsi rédigé :
④⑧	« 5° <i>bis</i> De recevoir le produit global des impôts	« 5° <i>bis</i> De recevoir le produit global des impôts	« 5° <i>bis</i> De recevoir le produit global des impôts

5° *bis* De gérer, pour le compte des régimes

de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;

6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.

7° De compenser la perte de cotisations sociales effectivement recouvrées résultant, pour les régimes mentionnés à l'article L. 921-4, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ;

et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds conformément aux dispositions du même article ; »

et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ; »

et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds en application du même article L. 131-8 ; »

④9 d) Il est inséré, après le 7°, un 7° bis ainsi rédigé :

d) Après le 7°, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

d) Après le 7°, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

⑤0 « 7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ; »

« 7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code ; »

« 7° bis De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 du présent code ; »

⑤1 9° La section 1 du chapitre 5 du titre 2 du livre 2 est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :

9° La section 1 du chapitre V du titre II du livre II est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :

9° La section 1 du chapitre V du titre II du livre II est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :

⑤2 « Art. L. 225-1-5. – 1° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.

« Art. L. 225-1-5. – I. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.

« Art. L. 225-1-5. – I. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.

	<p>53 « 2° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>54 « La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des <i>a, b, d, e</i> et <i>f</i> du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. » ;</p> <p>55 10° L'article L. 225-6 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>« II. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>(Alinéa sans modification)</p> <p>10° L'article L. 225-6 est ainsi rédigé :</p>	<p>« II. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° bis de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.</p> <p>« La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des <i>a, b, d, e</i> et <i>f</i> du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. » ;</p> <p>10° L'article L. 225-6 est ainsi rédigé :</p>
<p>Art. L. 225-6. – Les ressources nécessaires au financement du fonds national de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.</p>	<p>56 « Art. L. 225-6. – I. – Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches mentionnés à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.</p>	<p>« Art. L. 225-6. – I. – Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.</p>	<p>« Art. L. 225-6. – I. – Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.</p>
	<p>57 « II. – Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° bis de</p>	<p>« II. – Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° bis</p>	<p>« II. – Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° bis</p>

l'article L. 225-1-1 et, le cas échéant, des troisième à septième alinéas du 5° du même article sont couvertes par les branches mentionnées à l'article L.200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° de l'article L. 225-1-1 sont couvertes par la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, ainsi que des dispositions des troisième à septième alinéas du 5° du même article L. 225-1-1 est affecté aux branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, est affecté à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, ainsi que des dispositions des troisième à septième alinéas du 5° du même article L. 225-1-1 est affecté aux branches mentionnées à l'article L. 200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Le solde résultant pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de la prise en charge prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre, est affecté à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 243-3. –

L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 243-6-1. – I.-

Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux

⑤8

11° L'article L. 243-3 est abrogé ;

11° (*Alinéa sans modification*)

11° L'article L. 243-3 est abrogé ;

articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe.

A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.

II.-La procédure d'arbitrage prévue au I est également applicable lorsque le cotisant, qu'il possède un ou plusieurs établissements, est confronté aux interprétations contradictoires retenues par un ou plusieurs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, d'une part, et par une ou plusieurs des institutions mentionnées à l'article L. 922-4, d'autre part, concernant sa situation au regard de l'application des dispositions relatives à la réduction dégressive de cotisations sociales prévue à l'article L. 241-13, des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, ou relative à tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

59

11° bis (nouveau)
Le II des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-2 est abrogé ;

11° bis Le II des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-2 est abrogé ;

Art. L. 243-6-2. – I.-

Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

II.-Le présent article s'applique aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

Art. L. 243-6-3. – I.-

Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de

manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général au titre des différentes catégories mentionnées au 1^o de l'article L. 200-1 ou de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent également sur toute demande portant sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés mentionnée au chapitre II du titre I^{er} du livre II de la cinquième partie du code du travail.

Cette demande peut être formulée par un cotisant ou un futur cotisant.

La demande du cotisant ne peut être formulée par les personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier

alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou un organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande.

II.-Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Un décret en Conseil d'État précise le contenu et les modalités de dépôt de cette demande. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles les organismes peuvent se saisir de demandes incomplètes et leur faire bénéficier des mêmes garanties.

Un décret en Conseil d'État peut prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.

Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du I, lorsque l'organisme de recouvrement n'a pas notifié sa décision au demandeur au terme d'un délai fixé par un décret en Conseil d'État, il ne peut être procédé à un

redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.

Dans le cas où la demande est formulée par le cotisant ou son représentant, la décision lui est applicable. Si le cotisant appartient à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, et que la demande comporte expressément cette précision, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe dès lors que la situation dans laquelle se situe cette dernière est identique à celle sur le fondement duquel la demande a été formulée. Lorsque la demande est formulée en application du quatrième alinéa du I, la décision est applicable à toute entreprise de la branche souhaitant s'en prévaloir.

III.-La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées. Elle est également opposable, dans les mêmes conditions, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant qu'elle porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et

60

11° *ter* (*nouveau*)
La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est supprimée ;

11° *ter* La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est supprimée ;

L. 752-3-2 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

.....
....

Art. L. 243-6-6. –

Lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à un organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève.

Dans les conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par un organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations à la charge de l'employeur restant dues, le cas échéant, aux titres des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

Lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'organisme mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 reçoit mandat des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui les concernent, le cas échéant.

Art. L. 243-6-7. –

Une convention, approuvée

⑥1

12° L'article L. 243-6-7 est abrogé ;

12° Les articles L. 243-6-6 et L. 243-6-7 sont abrogés ;

12° Les articles L. 243-6-6 et L. 243-6-7 sont abrogés ;

par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est conclue entre un représentant des institutions mentionnées à l'article L. 922-4 et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

La convention précise les modalités selon lesquelles les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et les institutions mentionnées à l'article L. 922-4 mettent à disposition des employeurs ou leur délivrent des informations de manière coordonnée, notamment, le cas échéant, les constats d'anomalies et les demandes de rectifications qu'ils adressent à la réception et à l'issue de l'exploitation des données de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 et portant sur l'application de la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, des dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2, ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

La convention précise les modalités selon lesquelles, pour permettre l'application du deuxième alinéa du présent article, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale valide les conditions selon lesquelles est effectuée par les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa la vérification de l'exactitude

et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 s'agissant des points mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

La convention détermine notamment les modalités de coordination entre les organismes et institutions mentionnés au même deuxième alinéa permettant un traitement coordonné des demandes et réclamations des cotisants ainsi que la formulation de réponses coordonnées, lorsque ces sollicitations portent sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non

⑥2

13° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 243-7 sont abrogés ;

13° L'article L. 243-7 est ainsi modifié :

13° L'article L. 243-7 est ainsi modifié :

aa) (nouveau) À la première phrase du premier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

Amdt n° 161

inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par Pôle emploi des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre I^{er} du livre VII du présent code et le calcul de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail. Le résultat de ces vérifications est transmis

⑥3

a) (nouveau) Les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « Le contrôle et le recouvrement des sommes qui en découlent sont soumis, sous les réserves fixées le cas échéant par décret en Conseil d'État, aux règles, garanties et sanctions applicables pour les cotisations du régime général de sécurité sociale. » ;

a) Les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « Le contrôle et le recouvrement des sommes qui en découlent sont soumis, sous les réserves fixées le cas échéant par décret en Conseil d'État, aux règles, garanties et sanctions applicables pour les cotisations du régime général de sécurité sociale. » ;

auxdites institutions aux fins de recouvrement. Les modalités de mise en œuvre des contrôles, de la phase contradictoire et des procédures amiables et contentieuses sont définies de manière à garantir aux entreprises une unicité de procédures applicable pour l'ensemble des cotisations contrôlées en application du présent article.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code, Pôle emploi, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre I^{er} du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

Art. L. 382-17. – Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance

64

65

~~b) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;~~

14° Au premier alinéa de l'article L. 382-17, les mots : « le recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

b) Le troisième alinéa est supprimé ;

Amdt n° 161

14° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 382-17, les mots : « le recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;

vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes :assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative.

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est soumise au contrôle de l'État .

Elle exerce, au bénéfice de ses ressortissants, une action sanitaire et sociale dont le financement est fixé, avant le début de chaque exercice, sur décision du conseil d'administration de la caisse.

Art. L. 921-2-1. –

Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant de l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire.

Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article. Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution.

Code des transports

Art. L. 5542-5. – I.-

Le marin dispose d'un délai suffisant pour lui permettre de prendre connaissance du contrat et de demander conseil avant de le signer.

Il signe le contrat et en reçoit un exemplaire

⑥6

15° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.

⑥7

II. – Le code des transports est ainsi modifié :

15° (*Alinéa sans modification*)

II. – (*Alinéa sans modification*)

15° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.

II. – Le code des transports est ainsi modifié :

avant l'embarquement.

II.-(abrogé)

III.-L'inscription sur la liste d'équipage d'une personne appartenant à la catégorie des gens de mer dispense des formalités prévues aux articles L. 1221-10 à L. 1221-12 du code du travail.

Art. L. 5549-2. – Le présent titre IV s'applique également aux gens de mer autres que marins, à l'exception du III de l'article L. 5542-5 et des articles L. 5542-7 et L. 5542-8, L. 5542-15, L. 5542-17, L. 5542-21 à L. 5542-28, L. 5542-34 à L. 5542-38, L. 5542-40 à L. 5542-44, L. 5542-48, L. 5542-52, L. 5544-12, L. 5544-21, L. 5544-34 à L. 5544-41, L. 5544-43 à L. 5544-54, L. 5544-56, L. 5544-57 et L. 5546-2, ainsi que les articles L. 5542-11 à L. 5542-14 en tant qu'ils concernent le contrat au voyage.

Art. L. 5553-16. – Lorsque les armateurs ou propriétaires n'ont pas assuré leurs navires pour la totalité de la durée d'armement, le montant des cotisations et contributions dues au titre de la période pendant laquelle les navires n'ont pas été assurés est majoré de 2 %.

Code des juridictions financières

Art. L. 141-10. – Les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre I^{er} du présent livre peuvent demander aux commissaires aux comptes, y compris les commissaires aux apports et les commissaires à la

⑥8

1° Le III de l'article L. 5542-5 abrogé ;

⑥9

2° A l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;

⑦0

3° L'article L. 5553-16 est abrogé.

⑦1

III. – L'article L. 141-10 du code des juridictions financières est ainsi modifié :

1° (*Alinéa sans modification*)

2° À l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;

3° (*Alinéa sans modification*)

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° Le III de l'article L. 5542-5 abrogé ;

2° À l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;

3° L'article L. 5553-16 est abrogé.

III. – L'article L. 141-10 du code des juridictions financières est ainsi modifié :

fusion, tous renseignements sur les organismes, sociétés et comptes qu'ils contrôlent ; ils peuvent en particulier se faire communiquer les dossiers et documents établis en application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés.

Les commissaires aux comptes des organismes contrôlés sont déliés du secret professionnel à l'égard des membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés aux sections 1 à 5 du chapitre II du titre I^{er} du présent livre, à l'occasion des contrôles que ceux-ci effectuent dans le cadre de leurs attributions.

Pour l'application de l'article LO 132-2-1 du présent code, les membres et personnels de la Cour des comptes mentionnés au premier alinéa :

– peuvent examiner les opérations qu'effectuent les organismes et régimes de sécurité sociale visés par l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale et l'organisme visé par l'article L. 135-6 du même code pour le compte des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale ;

– peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes et régimes cités à l'alinéa précédent tous renseignements sur les entités dont ces derniers assurent la mission de certification des comptes ; ils peuvent en particulier se faire communiquer, pour l'exercice comptable sous revue, les dossiers et documents établis en application des dispositions

⑦②

⑦③

1° Au quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 » ;

2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du

1° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 » ;

2° (*Alinéa sans modification*)

1° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 » ;

2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du

législatives et réglementaires relatives à la profession et au statut des commissaires aux comptes ;

.....
...
Code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance

Art. L. 43-1. – Les entreprises d’armement maritime sont exonérées, à compter du 1^{er} janvier 2006, de la contribution patronale visée à l’article L. 41 pour les équipages qu’elles emploient et qui sont embarqués à bord des navires de commerce battant pavillon français affectés à des activités de transports maritimes soumises à titre principal à une concurrence internationale effective.

Les dispositions de l’alinéa précédent sont également applicables aux contributions patronales dues par ces entreprises au titre des assurances sociales des marins français contre les risques d’accident, de maladie et d’invalidité versées à la caisse générale de prévoyance des marins français.

Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d’assistance des clercs de notaires.

Art. 3. – Par. 1^{er}-La caisse de retraite et de prévoyance prévue à l’article 1^{er} de la présente loi reçoit :

1° Une cotisation obligatoire pour toutes les

présent code. »

74

IV. – Au deuxième alinéa de l’article L. 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, les mots : « versées à » sont remplacés par les mots : « gérées par ».

75

V. – A l’article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d’assistance des clercs de notaires :

IV. – (*Alinéa sans modification*)

V. – L’article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d’assistance des clercs de notaires est ainsi modifié :

présent code. »

IV. – Au deuxième alinéa de l’article L. 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, les mots : « versées à » sont remplacés par les mots : « gérées par ».

V. – L’article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d’assistance des clercs de notaires est ainsi modifié :

notaires en exercice ayant des clercs et employés, ainsi que pour les chambres, caisses et organismes visés à l'article 1^{er}. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve ;

2° Une autre cotisation obligatoire pour tous les notaires en exercice égale à un pourcentage, fixé par décret, de l'ensemble des émoluments et honoraires définis par les textes législatifs ou réglementaires en vigueur et prélevés sur le montant desdits émoluments et honoraires ;

3° Une cotisation obligatoire pour les clercs et employés visés à l'article 1^{er}. Cette cotisation est égale à un pourcentage, fixé par décret, des salaires, gratifications et avantages de toute nature qui leur sont alloués par les employeurs, sans exception ni réserve.

Cette cotisation sera obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à la caisse en même temps que leur cotisation personnelle, à laquelle sera joint, en ce qui concerne les notaires, le produit de la cotisation visée au 2°, le tout dans les délais et conditions déterminés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 5 de la présente loi. 4° Une cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et

(76)

1° Le troisième alinéa est complété par les mots : « Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

(77)

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

(78)

« Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1°. » ;

1° Le 2° du paragraphe 1^{er} est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État ; »

2° Le second alinéa du 3° du même paragraphe 1^{er} est ainsi rédigé :

« Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1°. » ;

1° Le 2° du paragraphe 1^{er} est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est recouvrée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État ; »

2° Le second alinéa du 3° du même paragraphe 1^{er} est ainsi rédigé :

« Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1°. » ;

employés de notaires, à un taux et dans des conditions fixés par décret, à l'exclusion des avantages servis aux personnes ne relevant pas du régime d'assurance maladie et maternité des clercs et employés de notaires. Sont également exonérés de cette cotisation les pensionnés relevant du 2° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale .

Par. 2-Les cotisations qui ne sont pas versées dans le délai fixé par le décret en Conseil d'État sont passibles d'une majoration.

**Loi n° 84-53 du
26 janvier 1984
portant dispositions
statutaires relatives à
la fonction publique
territoriale .**

Art. 65. – Le fonctionnaire détaché ne peut, sauf dans le cas où le détachement a été prononcé dans une administration ou un organisme implanté sur le territoire d'un État étranger ou auprès d'organismes internationaux ou pour exercer une fonction publique élective, être affilié au régime de retraite dont relève la fonction de détachement, ni acquérir, à ce titre, des droits quelconques à pensions ou allocations, sous peine de la suspension de la pension de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Il reste tributaire de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et effectue les versements fixés par le règlement de cette caisse sur le traitement afférent à son grade et à son échelon dans le service dont

79

3° Au dernier alinéa, les mots : « par le décret en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « par voie réglementaire ».

3° Au paragraphe 2, les mots : « par le décret en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « par voie réglementaire ».

3° Au paragraphe 2, les mots : « par le décret en Conseil d'État » sont remplacés par les mots : « par voie réglementaire ».

il est détaché.

Dans le cas où le fonctionnaire est détaché dans un emploi conduisant à pension du régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ou relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, la retenue pour pension est calculée sur le traitement afférent à l'emploi de détachement.

L'organisme auprès duquel le fonctionnaire est détaché est redevable envers la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales d'une contribution pour la constitution des droits à pension de l'intéressé, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

⑧

VI. – Au quatrième alinéa de l'article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et au quatrième alinéa de l'article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « envers la » sont remplacés par les mots : « envers le régime géré par la ».

VI. – À l'avant-dernier alinéa de l'article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et au quatrième alinéa de l'article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, après le mot : « envers », sont insérés les mots : « le régime géré par ».

VI. – À l'avant-dernier alinéa de l'article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et au quatrième alinéa de l'article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, après le mot : « envers », sont insérés les mots : « le régime géré par ».

.....
...
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Art. 73. – I.-Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les procès-verbaux mentionnés aux articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale et L. 324-12 du code du travail, les mises en demeure prévues par l'article L. 244-2 du code de la sécurité sociale et les contraintes prévues par l'article L. 244-9 du même

VI bis (nouveau). – À l'article 73 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les mots : « 3° de l'article L. 225-1-1 », sont remplacés par les mots : « 1° de l'article L. 213-1 ».

code, les ordres de recettes mentionnés à l'article 163 et les états exécutoires mentionnés à l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique pris par les agents chargés du contrôle de l'application de la législation de sécurité sociale relative aux cotisations et aux contributions sociales et aux contributions recouvrées en application du 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, mentionnés à l'article L. 243-7 du même code, par les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du même code et par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 225-1-1 dudit code à la suite des actions de contrôle menées en application des articles L. 225-1-1 (3°) et L. 243-7 de ce code et de l'article L. 324-12 du code du travail sont réputés réguliers en tant qu'ils seraient contestés par le moyen tiré de l'illégalité de l'agrément du ou des agents ayant procédé aux opérations de contrôle ou par le moyen tiré de l'incompétence de leur auteur.

.....
...

Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières

⑧1

VII. – 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 est ainsi modifiée :

⑧2

1° À l'article 16 :

VII. – (*Alinéa sans modification*)

1° L'article 16 est ainsi modifié :

VII. – 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 est ainsi modifiée :

1° L'article 16 est ainsi modifié :

Art. 16. – I.-A
compter du 1^{er} janvier 2005,
le fonctionnement du
régime d'assurance
vieillesse, invalidité, décès,
accidents du travail et
maladies professionnelles
des industries électriques et
gazières prévu par
l'article 47 de la
loi n° 46-628 du
8 avril 1946 sur la
nationalisation de
l'électricité et du gaz est
assuré par la Caisse
nationale des industries
électriques et gazières. Elle
est chargée de verser aux
affiliés les prestations en
espèces correspondantes,
dans les conditions prévues
au II, de recouvrer et de
contrôler les cotisations,
dans les conditions prévues
au III, et de recouvrer et de
contrôler la contribution
tarifaire, dans les conditions
prévues à l'article 18 de la
présente loi.

.....
...
III.-Le
recouvrement et le contrôle
des cotisations destinées au
financement des prestations
afférentes à ces risques
s'effectuent selon les règles
et sous les garanties et
sanctions mentionnées au
chapitre III du titre III et
aux chapitres II et IV du
titre IV du livre I^{er} et aux
chapitres III et IV du
titre IV du livre II du code
de la sécurité sociale.

La Caisse nationale
des industries électriques et
gazières assure ou peut
déléguer par voie de
convention le recouvrement
et le contrôle des cotisations
dans des conditions fixées
par décret en Conseil
d'État. Ces conventions
sont soumises à
l'approbation des autorités
compétentes de l'État.

⑧3

a) Au premier
alinéa du I, les mots : « de
recouvrer et de contrôler les
cotisations, dans les
conditions prévues au III, »
sont supprimés ;

⑧4

b) Le III est
abrogé ;

a) À la seconde
phrase du premier alinéa
du I, les mots : « de
recouvrer et de contrôler les
cotisations, dans les
conditions prévues au III, »
sont supprimés ;

b) (Alinéa sans
modification)

a) À la seconde
phrase du premier alinéa
du I, les mots : « de
recouvrer et de contrôler
les cotisations, dans les
conditions prévues au III, »
sont supprimés ;

b) Le III est
abrogé ;

.....
...
Art. 18. – I.-II est institué au profit de la Caisse nationale des industries électriques et gazières une contribution tarifaire sur les prestations de transport et de distribution d'électricité et de gaz naturel qui assure le financement :

-des droits spécifiques définis au 1° du II de l'article 17 à l'exclusion des évolutions postérieures au 31 décembre 2004 ayant pour effet d'augmenter le montant de ces droits et résultant de changements dans la classification du personnel ou dans la réglementation relative à l'assurance vieillesse du régime des industries électriques et gazières, du régime général et des régimes complémentaires. Les augmentations de droits qui sont ainsi exclues sont constituées par le solde résultant de l'ensemble des évolutions de classification ainsi que par le solde résultant de l'ensemble des changements de réglementation intervenant dans chacun des régimes ;

-le cas échéant, des contributions exceptionnelles, forfaitaires et libératoires définies à l'article 19 afférentes aux activités de transport et de distribution à l'exclusion de celles destinées à financer les charges de trésorerie, aux activités qui leur sont rattachées dans les comptes séparés établis en application des articles 25 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée et 8 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée, ainsi qu'aux activités de gestion des missions de

service public dont les charges sont compensées en application de l'article 5 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée.

Les prestations de transport d'électricité et de gaz naturel en provenance d'un État autre que la France et destinées à un consommateur raccordé à un réseau situé dans un autre État ne sont pas assujetties à cette contribution tarifaire.

II.-Cette contribution tarifaire est due :

1° Pour l'électricité :

a) Par les gestionnaires des réseaux publics de transport ou de distribution qui la perçoivent, en addition du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution, prévu à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ;

b) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition de leur prix de vente auprès des consommateurs éligibles ayant exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, lorsque ces fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux en application du septième alinéa de l'article 23 de la même loi pour alimenter ces consommateurs ;

c) Par les fournisseurs d'électricité qui la perçoivent en addition des tarifs réglementés de vente mentionnés à l'article 4 de la loi n° 2000-108 du 10 février 2000 précitée, auprès des consommateurs non éligibles et des consommateurs éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés au III de l'article 22 de la même loi ;

2° Pour le gaz naturel :

a) Par les gestionnaires des réseaux de transport ou de distribution qui la perçoivent en addition des tarifs d'utilisation des réseaux mentionnés à l'article 7 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée auprès des consommateurs finals éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de cette même loi, avec lesquels ces gestionnaires ont conclu un contrat d'accès au réseau ;

b) Par les fournisseurs qui la perçoivent en addition de leur prix de vente, auprès des clients éligibles ayant exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du 3 janvier 2003 précitée qu'ils alimentent, lorsque les fournisseurs ont conclu un contrat d'accès aux réseaux pour alimenter ces clients ;

c) Par les fournisseurs qui la perçoivent, en addition des tarifs réglementés de vente, auprès des consommateurs finals non éligibles et des consommateurs finals éligibles qui n'ont pas exercé les droits accordés à l'article 3 de la loi n° 2003-8 du

3 janvier 2003 précitée.

III.-La contribution tarifaire est assise :

1° Pour l'électricité :

-sur la part fixe hors taxes du tarif d'utilisation des réseaux publics de transport et de distribution d'électricité lorsque la contribution tarifaire est due en application du *a* du 1° du II ;

-sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans le prix de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du *b* du 1° du II ;

-sur la part fixe hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux, comprise dans les tarifs réglementés de vente de l'électricité, lorsque la contribution tarifaire est due en application du *c* du 1° du II ;

2° Pour le gaz naturel :

-sur la quote-part hors taxes des tarifs d'utilisation des réseaux de transport et de distribution, liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, lorsque la contribution tarifaire est due en application du *a* du 2° du II ;

-sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans le prix de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du *b*

du 2° du II ;

-sur la quote-part hors taxes de la part relative à l'utilisation des réseaux de transport et de distribution liée au soutirage et indépendante de la consommation effective, comprise dans les tarifs réglementés de vente, lorsque la contribution tarifaire est due en application du c du 2° du II.

IV.-La contribution tarifaire est due, à raison des contrats conclus par les personnes mentionnées au II pour la réalisation des prestations mentionnées au I, lors de l'encaissement des acomptes ou du prix par le redevable ou, sur option de ce dernier, au moment du débit ; dans ce cas, elle est due en tout état de cause lors de l'encaissement des acomptes ou du prix s'il précède le débit.

V.-Les taux de la contribution tarifaire sont fixés par les ministres chargés de l'énergie, du budget et de la sécurité sociale, après avis de la Commission de régulation de l'énergie, en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières pour le financement des charges définies au I au titre respectivement des activités de transport d'électricité, de transport de gaz naturel, de distribution d'électricité et de distribution de gaz naturel. Ils sont compris :

-entre 5 % et 15 % appliqués à l'assiette définie au 1° du III en ce qui concerne les consommateurs raccordés au réseau public de transport d'électricité ou à un réseau public de distribution d'électricité de tension supérieure ou égale

à 50 kilovolts et entre 15 % et 30 % appliqués à la même assiette en ce qui concerne les autres consommateurs raccordés aux réseaux publics de distribution d'électricité ;

-entre 1 % et 10 % appliqués à la part de l'assiette définie au 2° du III qui concerne l'utilisation des réseaux de transport de gaz naturel et entre 15 % et 25 % appliqués à la part de cette même assiette qui concerne l'utilisation des réseaux publics de distribution de gaz naturel.

VI.-La contribution tarifaire est déclarée et liquidée mensuellement ou trimestriellement, suivant son montant. Elle est acquittée lors du dépôt de la déclaration. La contribution est recouvrée et contrôlée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées dans les conditions prévues au VII. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. La caisse ne peut déléguer le recouvrement ou le contrôle de la contribution. Elle peut obtenir de l'administration des impôts communication d'informations dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. Elle tient une comptabilité spécifique au titre de cette contribution.

(85)

2° A la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».

2° À la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».

2° À la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».

Les fournisseurs non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

La Caisse nationale des industries électriques et gazières est habilitée à obtenir de la Commission de régulation de l'énergie tout renseignement nécessaire à l'exécution de ses missions de contrôle et de recouvrement de la contribution tarifaire. Les dirigeants et les agents de la caisse sont astreints au secret professionnel dans les mêmes conditions que les membres et agents de la Commission de régulation de l'énergie.

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

Art. 26. - (...)

.....
... .

X.-La part des contributions à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, donnant lieu à la réduction prévue à l'article L. 241-13 du même code, fait l'objet d'une prise en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les montants correspondant au niveau de la réduction sur les cotisations recouvrées.

Les montants correspondant à cette prise

⑧6

VIII. – Le X de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

⑧7

VIII. – L'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

1° Le X est abrogé ;

VIII. – L'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

1° Le X est abrogé ;

en charge sont versés aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 dudit code après transmission par ces derniers des justificatifs nécessaires à leur établissement.

La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du même code assure l'équilibre financier de l'agence au titre de cette mission.

XIV.-A.-Les dispositions des I à VIII, X et XI du présent article s'appliquent :

Ⓢ

.....

...

Art. 47. – I.-
Le 5° *bis* de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est complété par la référence : « et à l'article L. 642-4-2 ».

**Ordonnance n° 96-51
du 24 janvier 1996
relative aux mesures
urgentes tendant au
rétablissement de
l'équilibre financier
de la sécurité sociale**

Art. 12. – I. – Les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique sont redevables d'une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, assise sur les charges définies à l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale comptabilisées au cours du dernier exercice clos à la

2° (*nouveau*) Au premier alinéa du A et au B du XIV, la référence : « , X » est supprimée.

2° Au premier alinéa du A et au B du XIV, la référence : « , X » est supprimée.

VIII bis (*nouveau*)
– Le I de l'article 47 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.

Amdt n° 163

date de publication de la présente ordonnance.

.....
... .

IV. – Les entreprises visées au premier alinéa du I du présent article sont tenues de déclarer à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, en vue du contrôle prévu au troisième alinéa ci-après, les éléments nécessaires à la détermination des assiettes afférentes aux contributions visées au I, II et III au plus tard le 15 mai 1996. Le modèle de cette déclaration est défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Lorsqu'une entreprise n'a pas produit la déclaration prévue à l'alinéa précédent dans les délais prescrits ou a produit une déclaration manifestement erronée en ce qui concerne son chiffre d'affaires ou les charges visées au I, le montant global des contributions instituées aux I, II et III du présent article est fixé à titre provisionnel à 8 p. 100 du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1994, au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique. Si la déclaration est produite ultérieurement, le montant de chaque contribution due est majoré de 10 p. 100. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise totale ou partielle en cas de bonne foi dûment prouvée. Si la déclaration n'a pas été produite le 31 décembre 1996 au plus tard, le montant de la

contribution perçu à titre provisionnel devient définitif; il n'est pas compris dans les charges déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Les contributions instituées aux I, II et III du présent article sont versées au plus tard le 31 août 1996. Elles sont recouvrées et contrôlées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour le contrôle, l'agence est assistée, en tant que de besoin, par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer.

.....

89

IX. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve des dispositions suivantes :

90

1° Les dispositions du 12° du I du présent article, abrogeant l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale et celles du 13° du I, modifiant L. 243-6-7 du même code, sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

91

2° Les dispositions du 5° du I du présent article, relatives à la compétence de recouvrement des union de recouvrement des

IX. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les 11° *bis*, 11° *t er* et 12° ainsi que le *b* du 13° du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

2° Les 5° et 6° du I, les troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du *b* du 8°

VIII *ter* (nouveau) -
- À l'avant-dernière phrase
du IV de l'article 12 de
l'ordonnance n° 96-51 du
24 janvier 1996 relative
aux mesures urgentes
tendant au rétablissement
de l'équilibre financier de
la sécurité sociale, la
référence : « 3° » est
remplacée par la référence :
« 5° ».

Amdt n° 163

IX. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve des dispositions suivantes :

1° Les 11° *bis*, 11° *t er* et 12° ainsi que le *b* du 13° du I sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

2° Les 5° et 6° du I, les troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du *b* du 8°

<p>cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, du 6° du I, prévoyant des dérogations à ce champ de compétence, des troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tels qu'ils résultent du b du 8° du I, prévoyant l'instauration d'un taux forfaitaire de déduction visant à tenir compte du risque de non-recouvrement, du second alinéa de l'article L. 225-5 du même code tel qu'il résulte du 10°, en tant que ces dispositions prévoient la couverture par les branches du régime général des charges pouvant résulter de ce forfait pour l'Agence centrale et celles du VII modifiant 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 sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;</p>	<p>du I, le III de l'article L. 225-5 du même code tel qu'il résulte du 10° du I et le VII sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;</p>	<p>du I, le <u>II</u> de l'article L. 225-6 du même code tel qu'il résulte du 10° du I et le VII sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;</p>
<p>92 3° Par dérogation, les dispositions mentionnées dans l'alinéa précédent sont applicables :</p>	<p>3° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 2° du présent IX sont applicables :</p>	<p>3° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 2° du présent IX sont applicables :</p>
<p>93 a) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2020, aux cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du statut national du personnel des industries électriques et gazières et aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports au titre des rémunérations déclarées dans les</p>	<p>a) (Alinéa sans modification)</p>	<p>a) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2020, aux cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du statut national du personnel des industries électriques et gazières et aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports au titre des rémunérations déclarées dans les</p>

Amdt n° 165

	conditions prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ;	conditions prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ;
94	b) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1 ^{er} janvier 2021, aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports autres que celles mentionnées au <i>a</i> ci-dessus ;	b) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1 ^{er} janvier 2021, aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports autres que celles mentionnées au <i>a</i> du présent 3° ;
95	c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1 ^{er} janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;	c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1 ^{er} janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;
96	4° Les dispositions du 14° du I, relatives au recouvrement des cotisations des assurés du régime des cultes, les dispositions du 15° du I, relatives aux sûretés applicables au recouvrement des cotisations des agents non titulaires de la fonction publique et le V, modifiant la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du	4° Les 14° et 15° du I et le V sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du 1 ^{er} janvier 2023 ;
		4° Les 14° et 15° du I et le V sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du 1 ^{er} janvier 2023 ;

	<p>1^{er} janvier 2023 ;</p> <p>5° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du III, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes visés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 de ce code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;</p>	<p>5° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du III, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes mentionnés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 dudit code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;</p>	<p>5° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du III, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes mentionnés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 dudit code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;</p>
<p>97</p>	<p>6° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues aux alinéas précédents du présent VI ainsi qu'au B du III de l'article 37 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et, en ce qui concerne le 9° du I du présent article, au A du III de l'article 67 de la même loi, peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder un an. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.</p>	<p>6° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues au premier alinéa et aux 1° à 5° du présent IX ainsi qu'au B du III de l'article 37 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et, en ce qui concerne le 9° du I du présent article, au A du III de l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 précitée peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.</p>	<p>6° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues au premier alinéa et aux 1° à 5° du présent IX ainsi qu'au B du III de l'article 37 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et, en ce qui concerne le 9° du I du présent article, au A du III de l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 précitée peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.</p>
<p>98</p>	<p>X. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des dispositions complétant les</p>	<p>X. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des</p>	<p>X. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des</p>

Code de la sécurité sociale

Art. L. 311-3. – Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

	<p>articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes visés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.</p> <p>Le projet de loi ratifiant cette ordonnance est déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>dispositions relevant du domaine de la loi complétant les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Alinéa sans modification)</i></p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>I. – <i>(Alinéa sans modification)</i></p>	<p>dispositions relevant du domaine de la loi complétant les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.</p> <p>Le projet de loi ratifiant cette ordonnance est déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
<p>⑩</p>			
<p>①</p>			
<p>②</p>	<p>1° Au 35° de l'article L. 311-3, les mots : « 8° et 9° » et : « 8° de l'article L. 613-1 » sont respectivement remplacés par les mots : « 6° et 7° » et : « 6° de l'article L. 611-1 » ;</p>	<p>1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :</p>	<p>1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :</p>

.....

...

35° Les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 611-1 du présent code qui exercent l'option mentionnée à cet article dès lors que leurs recettes ne dépassent pas les seuils mentionnés aux *a* et *b* du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts. Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues par ces personnes sont calculées sur une assiette constituée de leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 %. Par dérogation, cet abattement est fixé à 87 % pour les personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 du présent code lorsqu'elles exercent une location de locaux d'habitation meublés de tourisme, définis conformément à l'article L. 324-1 du code du tourisme.

③

a) À la première phrase, les références : « 8° et 9° » sont remplacées par les références : « 6° et 7° » ;

a) À la première phrase, les références : « 8° et 9° » sont remplacées par les références : « 6° et 7° » ;

④

b) À la dernière phrase, la référence : « 8° de l'article L. 613-1 » est remplacée par la référence : « 6° de l'article L. 611-1 » ;

b) À la dernière phrase, la référence : « 8° de l'article L. 613-1 » est remplacée par la référence : « 6° de l'article L. 611-1 » ;

⑤

2° L'article L. 613-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

2° L'article L. 613-2 est ainsi rédigé :

2° L'article L. 613-2 est ainsi rédigé :

⑥

Art. L. 613-2. – Les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales.

« *Art. L. 613-2. I.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer 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 par ce dernier. Dans le cas où il ne peut y être recouru, les

« *Art. L. 613-2.* – I. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer 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, par voie dématérialisée. Dans le cas

« *Art. L. 613-2.* – I. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer 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, par voie dématérialisée. Dans

	<p>travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.</p>	<p>où il ne peut y être recouru, les travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p>	<p>le cas où il ne peut y être recouru, les travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.</p>
⑦	<p>« Ces organismes sollicitent et reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant. Ces informations peuvent être transmises aux organismes de sécurité sociale mentionnés précédemment à la demande du travailleur indépendant lui-même.</p>	<p>« Ces organismes sollicitent et reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant. Ces informations peuvent être transmises aux organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 à la demande du travailleur indépendant.</p>	<p>« Ces organismes sollicitent et reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant. Ces informations peuvent être transmises aux organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 à la demande du travailleur indépendant.</p>
⑧	<p>« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités de réalisation de ces échanges sont déterminées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités <u>selon lesquelles ces échanges sont réalisés</u> sont déterminées par décret en Conseil d'État.</p>
⑨	<p>« II. – Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I sont tenus de procéder par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p>	<p>« II. – Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p>	<p>« II. – Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.</p>
⑩	<p>« III. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. » ;</p>	<p>« III. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions</p>	<p>« III. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions</p>

Amdt n° 217

Art. L. 613-5. – Les travailleurs indépendants sont tenus d’effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée. La méconnaissance de ces obligations entraîne l’application des majorations prévues au II de l’article L. 133-5-5.

⑪

3° L’article L. 613-5 est abrogé ;

sociales. » ;

3° (*Alinéa sans modification*)

sociales. » ;

3° L’article L. 613-5 est abrogé ;

Art. L. 613-8. – Les travailleurs indépendants mentionné à l’article L. 613-7 déclarent chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, leur chiffre d’affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d’application à ces travailleurs indépendants de l’article L. 242-12-1 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II, notamment les majorations et les pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d’État.

⑫

4° L’article L. 613-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

4° L’article L. 613-8 est ainsi rédigé :

4° L’article L. 613-8 est ainsi rédigé :

⑬

« *Art. L. 613-8.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l’article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d’affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;

« *Art. L. 613-8.* – (*Alinéa sans modification*)

« *Art. L. 613-8.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l’article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d’affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;

Art. L. 662-1. – Les cotisations des conjoints collaborateurs autre que celles mentionnées au cinquième alinéa sont calculées, à leur demande :

1° Soit sur la base d’un revenu forfaitaire ;

2° Soit sur la base d’une fraction du revenu d’activité du chef d’entreprise. Cette fraction s’applique également aux cotisations fixées forfaitairement ;

3° Soit, avec l’accord du chef

d'entreprise, sur la base d'une fraction du revenu d'activité de ce dernier, laquelle est alors déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu pris en compte pour déterminer l'assiette des cotisations dues par le chef d'entreprise au titre des différents risques mentionnés à l'article L. 661-1.

Les cotisations dues par les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 622-1 en vue de leur indemnisation en cas de maladie sont calculées sur la base du montant mentionné à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 621-1 et du taux minimal résultant de l'application des dispositions suivantes du même alinéa.

Le 1°, ainsi que, pour les cotisations d'assurance vieillesse de base, le 3°, ne sont pas applicables aux conjoints collaborateurs des assurés affiliés au régime institué en application du titre 5 du présent livre.

Le 3° n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7. Pour l'application à ces conjoints du 1° et du 2° il y a lieu d'entendre le chiffre d'affaires ou les recettes là où est mentionné le revenu.

Des décrets fixent pour chaque régime le montant du revenu et le niveau des fractions mentionnés aux 1° à 3°. Ces décrets peuvent fixer

⑭ 5° A l'article L. 662-1, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑮ « Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les

5° Le dernier alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

5° Le dernier alinéa de l'article L. 662-1 est ainsi rédigé :

« Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les

plusieurs fractions entre lesquelles les conjoints collaborateurs peuvent opter.

Livre des procédures fiscales

Art. L. 98 B. –

L'organisme du régime général de sécurité sociale chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les particuliers employeurs qui utilisent les dispositifs prévus au 1^o de l'article L. 1271-1 du code du travail et aux articles L. 1522-3 et L. 1522-4 du même code, ainsi qu'à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, communique à l'administration des impôts, avant le 1^{er} mars de chaque année, les informations relatives aux personnes déclarées par ces employeurs au cours de l'année précédente.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole communique à l'administration fiscale, dans les conditions prévues au premier alinéa, les déclarations de salaires relevant du titre emploi simplifié agricole prévu à l'article L. 712-1 du code rural et de la pêche maritime.

L'organisme habilité mentionné au premier alinéa de l'article L. 7122-23 du code du travail communique à l'administration fiscale, dans les conditions prévues au premier alinéa, les déclarations prévues par l'article R. 7122-29 du même code.

La communication prévue aux trois alinéas précédents peut être faite

mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »

II. – Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :

II. – (*Alinéa sans modification*)

mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »

II. – Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :

⑩

par voie électronique.

Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés fixe le contenu et les modalités de cette communication, et notamment les conditions d'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour les échanges et traitements nécessaires à la communication des informations ainsi transmises à l'administration des impôts.

⑰

« Art. L. 98 C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

« Art. L. 98 C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

« Art. L. 98 C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

**Ordonnance
n° 96-1122 du
20 décembre 1996
relative à
l'amélioration de la
santé publique, à
l'assurance maladie,
maternité, invalidité
et décès, au
financement de la
sécurité sociale à
Mayotte et à la caisse
de sécurité sociale de
Mayotte**

Art. 28-11. – Les dispositions de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du livre I^{er} du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

	<p>18 III. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :</p>	<p>III. – Le titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :</p>	<p>III. – Le titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :</p>
	<p>19 1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après les mots : « chapitre III <i>bis</i> », sont insérés les mots : « du titre III » ;</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III <i>bis</i> », est insérée la référence : « du titre III » ;</p>	<p>1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III <i>bis</i> », est insérée la référence : « du titre III » ;</p>
	<p>20 2° Après l'article 28-11, il est inséré un article 28-12 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :</p>
	<p>21 « <i>Art. 28-12.</i> – Les dispositions de la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;</p>	<p>« <i>Art. 28-12.</i> – La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;</p>	<p>« <i>Art. 28-12.</i> – La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;</p>
	<p>22 3° Il est créé un chapitre VI ainsi rédigé :</p>	<p>3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :</p>	<p>3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :</p>
	<p>23 « <i>CHAPITRE VI</i></p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« <i>CHAPITRE VI</i></p>
	<p>24 « Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants</p>
	<p>25 « <i>Art. 28-13.</i> – Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le</p>	<p>« <i>Art. 28-13.</i> – Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le</p>	<p>« <i>Art. 28-13.</i> – Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le</p>

	<p>code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code. »</p>	<p>code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code. »</p>
②6	<p>IV. – Le 2° et le 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.</p>	<p>IV. – Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.</p>	<p>IV. – Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.</p>
②7	<p>Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les dispositions des articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.</p>	<p>Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.</p>	<p>Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.</p>
②8	<p>Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1^{er} avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1^{er} avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>
②9	<p>Le 3° du III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>Le 3° du III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.</p>

**Loi n° 2017-1836 du
30 décembre 2017 de
financement de la
sécurité sociale pour
2018**

Art. 15. – (...)

.....
.....
XVII.-Jusqu'au
31 décembre 2019, à titre
expérimental et par
dérogation au deuxième
alinéa de
l'article L. 131-6-2 du code
de la sécurité sociale, les
organismes mentionnés à
l'article L. 213-1 du même
code peuvent proposer à des
travailleurs indépendants
d'acquitter leurs cotisations
et contributions sociales
provisionnelles sur une base
mensuelle ou trimestrielle
établie à partir des
informations
communiquées par ces
travailleurs indépendants en
fonction de leur activité ou
de leurs revenus mensuels
ou trimestriels.

Les travailleurs
indépendants concernés
participent à titre volontaire
à l'expérimentation et à la
réalisation de son bilan.

Les modalités de
mise en œuvre de cette
expérimentation sont
précisées par décret.

L'organisme
mentionné à
l'article L. 225-1 du même
code propose au
Gouvernement, à
l'échéance de
l'expérimentation
mentionnée au
présent XVII, les pistes
d'amélioration de son offre
de services en matière de
recouvrement des

③①

③①

③②

③③

V (*nouveau*). –
Le XVII de l'article 15 de
la loi n° 2017-1836 du
30 décembre 2017 de
financement de la sécurité
sociale pour 2018 est ainsi
modifié :

1° Le premier alinéa
est ainsi modifié :

a) L'année :
« 2019 » est remplacée par
l'année : « 2020 » ;

b) Est ajoutée une
phrase ainsi rédigée :
« L'expérimentation peut
être prolongée par décret
dans la limite d'une
année. » ;

V. – Le XVII de
l'article 15 de la
loi n° 2017-1836 du
30 décembre 2017 de
financement de la sécurité
sociale pour 2018 est ainsi
modifié :

1° Le premier alinéa
est ainsi modifié :

a) L'année :
« 2019 » est remplacée par
l'année : « 2020 » ;

b) Est ajoutée une
phrase ainsi rédigée :
« L'expérimentation peut
être prolongée par décret
dans la limite d'une
année. » ;

cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et de la mission de réflexion mentionnées au présent XVII et transmis au Parlement. Il précise les propositions retenues par le Gouvernement en matière de simplification du calcul de l'assiette des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du même code et le second alinéa de l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables aux cotisations et contributions dues au titre des exercices 2018 et 2019.

.....
...

③④

③⑤

①

2° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020. » ;

3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou, le cas échéant, 2020 ».

Article 12

I. – 1° À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.

Article 12

I. – 1. À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.

2° L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un rapport intermédiaire est remis au plus tard le 30 septembre 2020. » ;

3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « ou, le cas échéant, 2020 ».

Article 12

I. – 1. À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, à un dispositif les dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.

<p>②</p>	<p>2° Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1°, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes :</p>	<p>2. Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes :</p>	<p>2. Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes :</p>
<p>③</p>	<p>a) Particuliers employeurs mentionnés au 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ;</p>	<p>a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ;</p>
<p>④</p>	<p>b) Particuliers recourant à un organisme prestataire défini au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;</p>	<p>b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2.</p>	<p>b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2.</p>
<p>⑤</p>	<p>3° Le dispositif mentionné au 1° tient compte des aides et prestations sociales suivantes :</p>	<p>3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :</p>	<p>3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :</p>
<p>⑥</p>	<p>a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 231-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p>	<p>a) (Alinéa sans modification)</p>	<p>a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. <u>232-1</u> et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p>
<p>⑦</p>	<p>b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Par</p>	<p>b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le</p>	<p>b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Le</p>

Amdt n° 155

<p>dérogation à l'article 1665 <i>bis</i> du code général des impôts, le montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées au 2° de l'article L. 7232-6 du code du travail, dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3. de l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 <i>bis</i> du code général des impôts est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique ;</p>	<p>montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 <i>bis</i> du même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.</p>	<p>montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 <i>bis</i> du même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.</p>
<p>⑧ 4° Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation.</p>	<p>4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place.</p>	<p>4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place.</p>
<p>⑨ II. – Pour les particuliers mentionnés au <i>a</i> du 2° du I, les aides et prestations mentionnées au 3° du I sont attribuées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>II. – Pour les particuliers mentionnés au <i>a</i> du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>II. – Pour les particuliers mentionnés au <i>a</i> du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.</p>
<p>⑩ Pour les particuliers mentionnés au <i>b</i> du 2° du I, l'organisme prestataire défini au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont il relève de la</p>	<p>Pour les particuliers mentionnés au <i>b</i> du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même <i>b</i> informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de</p>	<p>Pour les particuliers mentionnés au <i>b</i> du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même <i>b</i> informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de</p>

	<p>réalisation des prestations, et porte à sa connaissance l'identité du bénéficiaire du service, le montant total dû et la nature des prestations effectuées. A moins que le particulier et le prestataire s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3° du I du présent article.</p>	<p>leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. À moins que le particulier et l'entreprise ou l'association s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.</p>	<p>leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. À moins que le particulier et l'entreprise ou l'association s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.</p>
⑪	<p>III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :</p>	<p>III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :</p>	<p>III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :</p>
⑫	<p>1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives :</p>	<p>1° <i>(Alinéa sans modification)</i></p>	<p>1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives :</p>
⑬	<p>a) A la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;</p>	<p>a) À la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;</p>	<p>a) À la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;</p>
⑭	<p>b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3° du I, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;</p>	<p>b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;</p>	<p>b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;</p>
⑮	<p>2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes,</p>	<p>2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes,</p>	<p>2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes,</p>

	<p>aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2° du I, ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;</p>	<p>aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2 du I ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;</p>	<p>aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2 du I ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;</p>
	<p>3° Avec les organismes prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux personnes mentionnées au <i>b</i> du 2° du I, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.</p>	<p>3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.</p>	<p>3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.</p>
	<p>IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans.</p>	<p>IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 231-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, d'une part, et sur les coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, d'autre part.</p>	<p>IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 <i>sexdecies</i> du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. <u>232-1</u> et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, d'une part, et sur les coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, d'autre part.</p>
	<p>Article 13 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 13 I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>Article 13 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
	<p>①</p>		<p>Amdt n° 157</p>

Code de la sécurité sociale	② 1° A l'article L. 133-4-2 :	1° L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :	1° L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :
<p><i>Art. L. 133-4-2. – I.-</i> Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.</p>			
<p>II.-Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I du présent article.</p>			
	③ a) Au premier alinéa du III, les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionné aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » et les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » sont insérés après les mots : « de l'activité » ;	a) Le premier alinéa du III est ainsi modifié :	a) Le premier alinéa du III est ainsi modifié :
④ III.-Par dérogation aux I et II du présent article et sauf dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité		– les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur	– les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur

ou de salarié résulte uniquement de l'application du II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle.

Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %.

⑤

⑥

⑦

⑧

b) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Les dispositions du III sont applicables au donneur d'ordre. » ;

2° A l'article L. 133-4-5 :

soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionnés respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » ;

– après la seconde occurrence du mot : « activité », sont insérés les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » ;

b) (Alinéa sans modification)

« V. – Le III est applicable au donneur d'ordre. » ;

2° L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié :

soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionnés respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » ;

– après la seconde occurrence du mot : « activité », sont insérés les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » ;

b) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Le III est applicable au donneur d'ordre. » ;

2° L'article L. 133-4-5 est ainsi modifié :

.....
...

Art. L. 133-4-5. –
Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à

l'article L. 8222-5 du code du travail.

L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale.

⑨

a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéa de » sont remplacés par le mot : « à » ;

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » ;

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » ;

⑩

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

b) Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il est fait application du III du même article L. 133-4-2, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au second alinéa du même III, les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;

b) Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il est fait application du III du même article L. 133-4-2, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au second alinéa du même III, les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;

~~« Lorsqu'il est fait application des dispositions prévues au III de ce même article, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au deuxième alinéa de ce même III les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;~~

⑪

Art. L. 133-5-5. –
I. – Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent

3° La dernière phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;

3° La seconde phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;

3° La seconde phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;

sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

.....
...

Art. L. 243-6-2. – I.-

Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, publiées conformément au livre III du code des relations entre le public et l'administration ou dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du même code, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

II.-Le présent article s'applique aux institutions mentionnées à l'article L. 922-4 en tant que l'interprétation admise par les instructions et circulaires mentionnées au I du présent article porte sur la législation relative à la réduction dégressive de cotisations sociales mentionnée à l'article L. 241-13, sur les dispositions prévues aux articles L. 241-10 et L. 752-3-2 ou sur tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur les allègements portant sur les

cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires mentionnés à l'article L. 921-4.

III.-A compter du 1^{er} janvier 2019, un site internet présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants.

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

Art. 23. – I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié : 1° L'article L. 133-4-2 est ainsi rédigé : « Art. L. 133-4-2.-I.-Le bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, de contributions dues aux organismes de sécurité sociale ou de cotisations ou contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 est supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail. « II.-Lorsque l'infraction est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-1 à L. 8271-19 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable à l'infraction, à l'annulation des réductions et exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au I du présent article. « III.-Par dérogation aux I et II du présent article et sauf dans les cas mentionnés au second

⑫

4° Au III de l'article L. 243-6-2, les mots : « A compter du 1^{er} janvier 2019 » et les mots : « d'allègements et de réductions » sont supprimés.

4° Au III de l'article L. 243-6-2, les mots : « À compter du 1^{er} janvier 2019 » et les mots : « d'allègements et de réductions » sont supprimés.

4° Au III de l'article L. 243-6-2, les mots : « À compter du 1^{er} janvier 2019 » et les mots : « d'allègements et de réductions » sont supprimés.

alinéa du I de l'article L. 243-7-7, lorsque la dissimulation d'activité ou de salarié résulte uniquement de l'application du II de l'article L. 8221-6 du code du travail ou qu'elle représente une proportion limitée de l'activité, l'annulation des réductions et exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions est partielle. « Dans ce cas, la proportion des réductions et exonérations annulées est égale au rapport entre le double des rémunérations éludées et le montant des rémunérations, soumises à cotisations de sécurité sociale, versées à l'ensemble du personnel par l'employeur, sur la période concernée, dans la limite de 100 %. « IV.-Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles la dissimulation peut, au regard des obligations mentionnées aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, être considérée comme limitée pour l'application du III du présent article, sans que la proportion de l'activité dissimulée puisse excéder 10 % de l'activité. » ; 2° L'article L. 243-7-7 est ainsi modifié : a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I.- » ; b) Après le deuxième alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés : « II.- Sauf dans les cas mentionnés au III, la personne contrôlée peut bénéficier d'une réduction de dix points du taux de ces majorations de redressement si, dans un délai de trente jours à compter de la notification de la mise en demeure, elle procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées ou si, dans le même délai, elle a présenté un plan d'échelonnement du

paiement au directeur de l'organisme et que ce dernier l'a accepté. « Cette réduction est notifiée par le directeur de l'organisme une fois le paiement intégral constaté. « III.-En cas de nouvelle constatation de travail dissimulé dans les cinq ans suivant la notification d'une première constatation pour travail dissimulé ayant donné lieu à redressement auprès de la même personne morale ou physique, la majoration est portée à : « 1° 45 %, lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 25 % ; « 2° 60 %, lorsque la majoration de redressement prononcée lors de la constatation de la première infraction était de 40 %. » ; c) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV.-».

II.-Le présent article s'applique aux opérations de contrôle engagées à compter du 1^{er} janvier 2019. Toutefois, le III de l'article L. 133-4-2 et le II de l'article L. 243-7-7 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant du présent article s'appliquent aux procédures de contrôle en cours au 1^{er} janvier 2019 ainsi qu'à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable.

⑬

II. – Le II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complété par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants. »

II. – La seconde phrase du II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complétée par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants ».

II. – La seconde phrase du II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complétée par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants ».

⑭

III. – Le b du 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur

III. – Le 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur

III. – Le 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur

<p>présentation de justificatifs probants.</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A la section 4 <i>ter</i> du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale :</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 114-10. –</i></p> <p>Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.</p> <p>Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes</p>	<p>présentation de justificatifs probants.</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p>I. – (Alinéa sans modification)</p> <p>1° La section 2 du chapitre 4 <i>ter</i> du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p> <p>a) Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 114-10 deviennent l'article L. 114-10-1. Ce dernier est modifié comme suit :</p>	<p>présentation de justificatifs probants.</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p>I. – (Alinéa sans modification)</p> <p>1° La section 2 du chapitre 4 <i>ter</i> du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p> <p>a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 114-10 sont supprimés ;</p>	<p>présentation de justificatifs probants.</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° La section 2 du chapitre 4 <i>ter</i> du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p> <p>a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 114-10 sont supprimés ;</p>
---	--	---	---

administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.

Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge.

Art. L. 114-10-1. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité

④

~~— après — le — mot : « contrôle », sont ajoutés les mots : « mentionnés aux articles L. 11410 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;~~

~~— après — le — mot : « prestations », sont ajoutés les mots : « et le recouvrement des cotisations et contributions » ;~~

b) Le cinquième alinéa de l'article L. 114-10 est supprimé ;

(Alinéa supprimé)

(Alinéa supprimé)

b) L'article L. 114-10-1 devient l'article L. 114-10-1-1 ;

b) L'article L. 114-10-1 devient l'article L. 114-10-1-1 ;

sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

<p>⑤</p>	<p>c) L'article L. 114-1 0-1 devient l'article L. 114-10-1-1 ;</p>	<p>c) Il est rétabli un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :</p>	<p>c) Il est rétabli un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :</p>
<p>⑥</p>		<p>« Art. L. 114-10-1. – Les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.</p>	<p>« Art. L. 114-10-1. – Les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.</p>
<p>⑦</p>		<p>« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations et le recouvrement des cotisations et contributions dont il a la charge. » ;</p>	<p>« Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations et le recouvrement des cotisations et contributions dont il a la charge. » ;</p>
<p>⑧</p>	<p>2° Au I de l'article L. 133-1 :</p>	<p>2° Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :</p>	<p>2° Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :</p>
<p>⑨</p> <p><i>Art. L. 133-1. – I.-</i> Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, ou transmis aux organismes de</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « l'inspecteur du recouvrement ou » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;</p>	<p>a) (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>a) Au premier alinéa, les mots : « l'inspecteur du recouvrement ou » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;</p>

recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2.

Ce document fait état des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime.

.....
...

Art. L. 243-7. – Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les

⑩

b) Au second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

⑪

3° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du

b) À la dernière phrase du second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et, à la fin, les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du

b) À la dernière phrase du second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et, à la fin, les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

3° À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du

services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

.....
 . . .

Art. L. 243-7-6. – Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré

⑫

contrôle » ;

4° A l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;

contrôle » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;

contrôle » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;

de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.

Art. L. 243-11. –

Les employeurs, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'État ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'État, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et L. 114-10, ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Art. L. 243-15. –

Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan

⑬

5° A

l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;

5° À

l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;

5° Æ

l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;

⑭

6° Au deuxième

alinéa de l'article L. 243-15, après les mots : « le cas échéant », sont ajoutés les mots : « qu'elle a obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code

6° Au deuxième

alinéa de l'article L. 243-15; ~~après le mot : « échéant », sont~~ ~~insérés les mots : « qu'elle a obtenu~~ la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code

6° Le deuxième

alinéa de l'article L. 243-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'entreprise de travail temporaire doit également justifier de l'obtention de la garantie financière prévue à

d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.

Art. L. 862-5. – La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 741-10. – L'assiette des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles est déterminée selon les dispositions applicables à

de du travail ou » ;

⑮ 7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est remplacée par les dispositions suivantes :

~~« Sous réserve des dispositions du chapitre II du titre VI du livre VIII, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »~~

⑮ II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale »

~~de du travail ou » ;~~

7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est ainsi rédigée : « Sous réserve des dispositions du présent chapitre, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ainsi que selon les

l'article L. 1251-49 du code du travail. » ;

Amdt n° 192

7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est ainsi rédigée : « Sous réserve des dispositions du présent chapitre, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ainsi que selon les

l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, sous les réserves mentionnées dans la présente section.

Code du travail

Art. L. 1251-47. –

Lorsqu'un entrepreneur de travail temporaire exerce son activité sans avoir accompli les déclarations prévues à l'article L. 1251-45 ou sans avoir obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 et qu'il en résulte un risque sérieux de préjudice pour le salarié temporaire, le juge judiciaire peut ordonner la fermeture de l'entreprise pour une durée qui ne peut excéder deux mois. Il est saisi par l'inspecteur du travail après que celui-ci a adressé à l'entrepreneur de travail temporaire une mise en demeure restée infructueuse. Lorsque ces mesures entraînent le licenciement du personnel permanent, celui-ci a droit, en dehors de l'indemnité de préavis et de l'indemnité de licenciement, aux indemnités prévues aux articles L. 1235-2, L. 1235-3 ou L. 1235-5.

Lorsque ces mesures entraînent le licenciement du personnel permanent, celui-ci a droit, en dehors de l'indemnité de préavis et de l'indemnité de licenciement, aux indemnités prévues aux articles L. 1235-2, L. 1235-3 ou L. 1235-5.

sont insérés les mots : « ainsi que selon les dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».

⑰

III. – A l'article L. 1251-47 du code du travail, après les mots : « inspecteur du travail », sont ajoutés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ».

III. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1251-47 du code du travail, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ».

III. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1251-47 du code du travail, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

CHAPITRE 3

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

CHAPITRE III

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

CHAPITRE III

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

①	I. – Le livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	I. – Le livre I ^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	I. – Le livre I ^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
②	A. – Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :	1° Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :	1° Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :
③	« Section 4	<i>(Alinéa sans modification)</i>	« Section 4
④	« Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, « inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre « de l'article L. 162-22-7	« Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre de l'article L. 162-22-7	« Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre de l'article L. 162-22-7
⑤	« Art. L. 138-19-8. – Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.	« Art. L. 138-19-8. – Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.	« Art. L. 138-19-8. – Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.
⑥	« La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à	« La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à	« La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à

	<p>l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue par le présent article.</p>	<p>l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>	<p>l'assujettissement des dépenses remboursées afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue au présent article.</p>
⑦	<p>« Art. L. 138-19-9. – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné à ce même article, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.</p>	<p>« Art. L. 138-19-9. – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.</p>	<p>« Art. L. 138-19-9. – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.</p>
⑧	<p>« La Caisse nationale d'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p>	<p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p>	<p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.</p>
⑨	<p>« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article.</p>
⑩	<p>« Art. L. 138-19-10. – Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné au même article L. 138-19-8.</p>	<p>« Art. L. 138-19-10. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 138-19-10. – Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile mentionné à l'article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné au même article L. 138-19-8.</p>

	<p>La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.</p>		<p>La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.</p>
⑪	<p>« La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite, calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-9.</p>
⑫	<p>« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7.</p>
⑬	<p>« Art. L. 138-19-11. – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>	<p>« Art. L. 138-19-11. – (Alinéa modification) sans</p>	<p>« Art. L. 138-19-11. – En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.</p>
⑭	<p>« Art. L. 138-19-12. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>« Art. L. 138-19-12. – (Alinéa modification) sans</p>	<p>« Art. L. 138-19-12. – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>
⑮	<p>« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du</p>

ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.

ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1^{er} avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.

« Art. L. 138-19-12-1 (nouveau) – Les exploitants redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-17-5 et L. 165-4, ont conclu avec le comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % du prorata du montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 138-19-10 constaté au cours de l'année civile au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 qu'ils exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou

		<p><u>partie du montant dû au titre de la contribution.</u></p> <p><u>« Les exploitants signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérés de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. À défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.</u></p> <p>Amdt n° 209</p> <p><i>« Art. L. 138-19-13.</i></p>
①⑥	<p>– Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;</p>	<p>– (Alinéa <i>sans modification</i>)</p>
①⑦	<p>B. – Après l'article L. 165-1-1, est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Après l'article L. 165-1-1, il est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :</p>
①⑧	<p><i>« Art. L. 165-1-1-1.</i></p> <p>– L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament est le fabricant ou un distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation. L'exploitation comprend la commercialisation, ou la cession à titre gratuit, sur le marché français du produit sous le nom propre, sous la raison sociale ou sous la marque déposée de l'exploitant. Lorsqu'un mandataire agit pour le compte d'un fabricant, le mandataire est regardé comme étant l'exploitant.</p>	<p><i>« Art. L. 165-1-1-1.</i></p> <p>– L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament est le fabricant ou un distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation. L'exploitation comprend la commercialisation ou la cession à titre gratuit sur le marché français du produit sous le nom propre, sous la raison sociale ou sous la marque déposée de l'exploitant. Lorsqu'un mandataire agit pour le compte d'un fabricant, le mandataire est regardé comme étant l'exploitant.</p>
①⑨	<p>« Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, et qu'il ne détient pas les</p>	<p>« Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit et qu'il ne détient pas les droits</p>

<p>⑳</p>	<p>droits exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret. ».</p> <p>II. – Le A du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 dues au titre de l'année 2019.</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>Pour l'année 2020, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est</p>	<p>exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret. ».</p> <p>II. – Le 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 dudit code, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 du même code dues au titre de l'année 2019.</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>Pour l'année 2020, le montant M mentionné au I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité</p>	<p>exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret. ».</p> <p>II. – Le 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 dudit code, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 du même code dues au titre de l'année 2019.</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>Pour l'année 2020, le montant M mentionné au I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité</p>
----------	---	---	---

égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10.

**TITRE II
CONDITIONS
GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 17

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

①

1° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, après les mots : « autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financière », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 » ;

②

sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10 du même code.

**TITRE II
CONDITIONS
GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 17

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « financières », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code » ;

sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10 du même code.

**TITRE II
CONDITIONS
GÉNÉRALES DE
L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 17

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « financières », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 114-8. – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour

l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

.....
...

Art. L. 131-7. –

Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application.

Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication

③

2° À l'article L. 131-7 :

④

a) Avant le premier alinéa, il est inséré un : « I » ;

2° L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.

A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'État et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'État.

Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable aux réductions et exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, et à l'exonération prévue à l'article L. 241-17.

Art. L. 131-8. – Les organismes de sécurité sociale et les fonds

⑤ b) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑥ « II. – Le I n'est pas applicable :

⑦ « 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5 bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéa de l'article L. 137-15, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;

⑧ « 2° A la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;

⑨ 3° À l'article L. 131-8 :

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« II. – (Alinéa sans modification)

« 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5° 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, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au premier alinéa du II de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;

« 2° À la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;

3° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« II. – Le I n'est pas applicable :

« 1° Aux réductions et exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au premier alinéa du II de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;

Amdt n° 193

« 2° À la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;

3° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

-à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 44,97 % ;

-à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 35,24 % ;

-à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 9,79 % ;

- à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, pour une fraction correspondant à 10,01 % ;

2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;

3° Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II, III et III bis de l'article L. 136-8 du présent code est versé :

a) A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

a) Au 1° :

- Au deuxième alinéa, le taux : « 44, 97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;

- Au troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;

- Au quatrième alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;

- Le cinquième alinéa est supprimé ;

b) Au 3° :

- Le a) est remplacé par des dispositions ainsi rédigées :

« A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux

a) Le 1° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44, 97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;

- à la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;

- à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

- le a) est ainsi rédigé :

« a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux

a) Le 1° est ainsi modifié :

- à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44, 97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;

- à la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;

- à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;

- le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

- le a) est ainsi rédigé :

« a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux

<p>0,95 % ;</p> <p><i>b)</i> Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime pour la contribution sur les revenus d'activité ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret et pour la part correspondant à un taux de :</p> <p>– 5,95 % pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 136-8 ;</p> <p>– 7,35 % pour la contribution mentionnée au 3° du même I ;</p> <p>– 4,65 % pour les revenus mentionnés au 1° du II du même article L. 136-8 ;</p> <p>– 5,03 % pour les revenus mentionnés au 2° du même II ;</p> <p>– 2,25 % pour les revenus mentionnés au III du même article L. 136-8 ;</p> <p>– 5,05 % pour les revenus mentionnés au III <i>bis</i> dudit article L. 136-8 ;</p>	<p>de :</p> <p>⑱ « – 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III <i>bis</i> ;</p> <p>⑲ « – 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; »</p> <p>⑳ – au troisième alinéa du <i>b</i> le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;</p>	<p>de :</p> <p>« – 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III <i>bis</i> du même article L. 136-8 ;</p> <p>« – 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; »</p> <p>– au début du troisième alinéa du <i>b</i>, le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;</p>	<p>de :</p> <p>« – 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III <i>bis</i> du même article L. 136-8 ;</p> <p>« – 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; »</p> <p>– au début du troisième alinéa du <i>b</i>, le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;</p>
---	---	---	---

c) A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I de l'article L. 136-8 du présent code, pour laquelle le taux est fixé à 0,30 % ;

⑳

– au c, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;

– à la fin du c, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;

– à la fin du c, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;

.....
...
Art. L. 612-5. – Les dépenses nécessaires à la gestion administrative du conseil mentionné à l'article L. 612-1 sont couvertes par une dotation annuelle attribuée par les branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 et les régimes mentionnés aux articles L. 632-1 et L. 635-1.

㉑

3° bis (nouveau) Le dernier alinéa de l'article L. 612-5 est ainsi rédigé :

3° bis Le dernier alinéa de l'article L. 612-5 est ainsi rédigé :

Le montant global de cette dotation ainsi que le plafond annuel des aides et prestations attribuées par le conseil mentionné à l'article L. 612-1 en matière d'action sanitaire et sociale sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après avis du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Le conseil mentionné au même article L. 612-1 procède à la répartition du plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article entre chaque instance régionale.

Un décret fixe les modalités de répartition de la dotation mentionnée au premier alinéa du présent article entre les branches et régimes mentionnés au

㉒

« Un décret précise les modalités d'application du présent article. » ;

« Un décret précise les modalités d'application du présent article. » ;

même premier alinéa.

24 4° Après l'article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :

25 « Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;

26 Art. L. 622-2. – Les prestations supplémentaires peuvent être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour les assurés mentionnés à l'article L. 622-1, sur proposition du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, et pour une ou plusieurs catégories de professions libérales sur proposition conjointe du conseil précité et des sections professionnelles correspondantes mentionnées à l'article L. 641-1 ou, s'agissant des avocats, du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. L'équilibre financier est assuré dans le cadre des catégories professionnelles correspondantes.

Les prestations supplémentaires consistent en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 2° de l'article L. 431-1 ou, pour les travailleurs indépendants qui n'entrent

24 4° Après l'article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :

25 « Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;

26 5° Le cinquième alinéa de l'article L. 622-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

4° Après le même article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article L. 612-1 du présent code sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 622-2 est ainsi rédigé :

4° Après le même article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article L. 612-1 du présent code sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 622-2 est ainsi rédigé :

pas dans le champ des dispositions de l'article L. 622-1, de celles prévues à l'article L. 321-1.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations mentionnées à l'article L. 621-2.

Le service des prestations mentionnées au présent article est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4.

Art. L. 632-2. – Le service des prestations mentionnées à la présente section est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et

27

« Le service des prestations mentionnées au présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

28

6° L'article L. 632-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

29

« *Art. L. 632-2. –* Le service des prestations mentionnées à la présente section est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par

(Alinéa sans modification)

6° L'article L. 632-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-2. –* Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance

« Le service des prestations mentionnées au présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

6° L'article L. 632-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-2. –* Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance

L. 752-4.

Art. L. 635-4-1. – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est délégué, dans des conditions fixées par convention entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse, aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4.

③①

l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

7° L'article L. 635-4-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

③①

« *Art. L. 635-4-1.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents au sont prévues par décret.

③②

« La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont

maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

7° L'article L. 635-4-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 635-4-1.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.

(*Alinéa sans modification*)

maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

7° L'article L. 635-4-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 635-4-1.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.

« La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont

<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p><i>Art. L. 731-2.</i> – Le financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>1° Les cotisations dues par les assujettis ;</p> <p>2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ;</p> <p>3° abrogé ;</p> <p>4° Le produit des contributions mentionnées aux articles 520 B et 520 C du code général des impôts ;</p>	<p>③③</p>	<p>prévues par décret. »</p> <p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>II. – (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>prévues par décret. »</p> <p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>
<p>5° Une fraction égale à 53,08 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;</p> <p>.....</p> <p>...</p> <p><i>Art. L. 731-3.</i> – Le financement de l'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :</p> <p>.....</p> <p>...</p>	<p>③④</p>	<p>1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 46,60 % » ;</p>	<p>1° (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 46,60 % » ;</p>
<p>3° Une fraction égale à 40,05 % du produit des droits de consommation</p>	<p>③⑤</p>	<p>2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 40,05 % » est remplacé</p>	<p>2° (<i>Alinéa modification</i>) sans</p>	<p>2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 40,05 % » est remplacé</p>

sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;

.....
...
Art. L. 732-58. – Le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire est financé :

– par le produit des cotisations dues, au titre de ce régime, par les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour leurs propres droits et, le cas échéant, pour les droits des bénéficiaires mentionnés au IV de l'article L. 732-56 ;

– par une fraction, fixée à 6,87 %, du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du code général des impôts ;

.....
...
Loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social

Art. 4. – L'État confie à la Caisse nationale du régime social des indépendants la gestion des aides qu'il apporte aux opérations visant à la sauvegarde et à la modernisation des entreprises artisanales, commerciales et de services affectées par des mutations

par le taux : « 39,59 % » ;

36 3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».

37 III. – A l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et sociale, les mots : « à la Caisse nationale du régime

3° (Alinéa sans modification)

III. – Au premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots : « à la

par le taux : « 39,59 % » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».

III. – Au premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots : « à la

économiques, techniques ou sociales consécutives à l'évolution de ces secteurs ainsi qu'aux opérations visant à la création ou la reprise de ces entreprises.

Un décret précise les modalités d'application du présent article.

**Ordonnance n° 96-50
du 24 janvier 1996
relative au
remboursement de la
dette sociale**

Art. 4. – (...)

.....
... .

II *septies*. – La couverture des déficits des exercices 2014 à 2018 de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code et de la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 dudit code, déduction faite de la part des déficits des exercices 2014 et 2015 couverte en application du II *quinquies* du présent article, est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros.

Dans le cas où le montant des déficits cumulés mentionnés au premier alinéa du présent II *septies* excède 15 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens et, pour le dernier exercice, dans l'ordre fixé au même premier alinéa.

sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

③

IV. – Le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est abrogé.

IV. – (*Alinéa sans modification*)

IV. – Le II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est abrogé.

Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2018 sont fixés par décret.

.....
...

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Art. 9. - (...)

.....
...

V. - Les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime versent, en début d'exercice, au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de

③9

~~V. - Par dérogation au I de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la compensation de l'exonération prévue à l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004 pour l'exercice 2020 est déterminée forfaitairement.~~

V. - (Supprimé)

V. - (Supprimé)

④0

VI. - Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est remplacé par les dispositions suivantes :

VI. - Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi rédigé :

VI. - Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi rédigé :

④1

« Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de

« V. - Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de

« V. - Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de

l'article L. 731-3 dudit code dont ils sont attributaires, égale à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du présent article, dont le montant est fixé et réparti par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget et de la sécurité sociale. Les montants versés à titre prévisionnel font l'objet d'une régularisation lors du versement de l'année suivante.

**Loi n° 2017-1836 du
30 décembre 2017 de
financement de la
sécurité sociale pour
2018**

Article 15

XVI.– (...)

.....
...

2° A compter du 1^{er} janvier 2018, la Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent la dénomination, respectivement, de Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et de caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

Jusqu'au 31 décembre 2019, elles apportent leur concours aux caisses du régime général s'agissant du service des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants et du recouvrement des cotisations dont ils sont redevables. A ce titre, elles continuent d'exercer, pour le compte de ces caisses et dans les conditions fixées par le schéma de

l'article L. 722-8 du même code. »

l'article L. 722-8 code. »

duit

de l'article L. 722-8 dudit code. »

transformation mentionné au 1° du présent XVI, tout ou partie des missions liées au service de ces prestations ou au recouvrement de ces cotisations antérieurement dévolues aux caisses du régime social des indépendants. Tant que le schéma de transformation mentionné au même 1° n'est pas approuvé ou arrêté, elles exercent la totalité de ces mêmes missions.

Sans préjudice de l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale, les directeurs des caisses déléguées peuvent signer tous actes nécessaires à l'accomplissement des missions afférentes au service des prestations et au recouvrement des cotisations qui leur échoient en application du deuxième alinéa du présent 2°. Ils peuvent également donner délégation à certains agents de leur caisse pour signer, dans la limite des attributions qui leur sont confiées, tous actes relatifs à ces mêmes missions. Les organismes du régime général concernés sont destinataires de la liste des agents ayant reçu délégation et du périmètre des attributions qui leur sont confiées.

La caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants continue par ailleurs d'exercer, sous réserve de ce qui échoit aux caisses mentionnées aux articles L. 221-1, L. 222-1 et L. 225-1 du même code du fait du I du présent article, les missions mentionnées à l'article L. 611-4 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, à l'exception du 1° du même article L. 611-4 et elle demeure régie par les articles L. 611-5 à L. 611-7 du même code dans leur

rédaction antérieure à la présente loi.

Les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants restent régies par les articles L. 114-16-3, L. 151-1 et L. 611-9 à L. 611-13, les premier, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 611-14, les articles L. 611-15, L. 611-16, les articles mentionnés à l'article L. 611-17 à l'exception de l'article L. 243-3 ainsi que par l'article L. 611-18 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente loi et sous réserve des dispositions du présent article.

Le 1° des articles L. 134-3 et L. 134-4 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2019 en ce qui concerne les charges et produits de gestion administrative des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

L'article L. 133-1-5 du même code demeure applicable jusqu'au 31 décembre 2018.

Le 35° et le e du 39° du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Les caisses mentionnées au présent 2° sont dissoutes le 1^{er} janvier 2020 ;

④②

VII. – Le XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

④③

1° Au quinzième alinéa, après le mot : « dissoutes » sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par

VII. – (*Alinéa sans modification*)

1° Au dernier alinéa du 2°, après le mot : « dissoutes », sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par

VII. – Le XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa du 2°, après le mot : « dissoutes », sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par

3° Le *c* du 5°, le 6° et le *d* du 10° du I et le 5° du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Un décret détermine la liste des organisations procédant aux premières désignations effectuées en application des 1° et 2° de l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale et du premier alinéa de l'article L. 612-4 du même code ainsi que le nombre de membres que chaque organisation peut désigner pour siéger au sein de l'assemblée générale et des instances mentionnées aux mêmes articles L. 612-3 et L. 612-4. Au plus tard le 30 juin 2018, les organisations candidates pour figurer sur cette liste transmettent à l'autorité compétente, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, tout élément justifiant leur représentativité au regard des critères mentionnés au premier alinéa de l'article L. 612-6 dudit code. Par dérogation aux dispositions mentionnées au deuxième alinéa du même article L. 612-6 et à titre transitoire, le critère d'audience mentionné audit article L. 612-6 est apprécié en fonction des éléments disponibles, relatifs à leurs différents adhérents, communiqués par ces organisations.

A compter du 1^{er} janvier 2019 et jusqu'à la dissolution des caisses mentionnées au 2° du présent XVI, dans l'hypothèse où le mandat des membres de leurs conseils d'administration arriverait à échéance, les membres siégeant au sein de l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des indépendants ou

décret, en liquidation » ;

décret, en liquidation » ;

décret, en liquidation » ;

de ses instances régionales exercent respectivement, de façon simultanée, le mandat de membre du conseil de la caisse nationale mentionnée au même 2° et des caisses locales mentionnées audit 2° situées dans le ressort géographique de chaque instance régionale.

Jusqu'au 31 décembre 2018, pour l'application des dispositions qui font référence au conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et à ses instances régionales, sont visées, respectivement, la caisse nationale et les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants ;

4° Sont transférés de plein droit :

a) Au 1^{er} janvier 2018, aux organismes nationaux et locaux du régime général selon leurs périmètres de responsabilité respectifs, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance maladie, maternité et de l'assurance vieillesse de base des travailleurs indépendants ainsi que les engagements qui en découlent et les autorisations de prélèvement et de versement données aux caisses du régime social des indépendants. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice de l'exercice des activités mentionnées au deuxième alinéa du 2° du présent XVI et du suivi, en 2018 et en 2019, dans les comptes des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, des opérations afférentes aux éléments mentionnés ci-dessus. Ces opérations peuvent être directement

combinées par les caisses nationales chargées de la gestion des différentes branches du régime général ;

b) Au 1^{er} janvier 2020, au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, les disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 631-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les engagements qui en découlent ;

c) Au 1^{er} janvier 2020, aux organismes nationaux et locaux du régime général tous les autres droits et obligations, à l'exclusion des contrats de travail, afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants. Sauf si l'ensemble des caisses concernées en conviennent différemment, les droits et obligations de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants

④④

2° Au *b* du 4° :

④⑤

a) Les mots : « Au 1^{er} janvier 2020 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;

④⑥

b) Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;

④⑦

c) Après les mots : « et d'invalidité-décès » sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale » ;

④⑧

3° Au *c* du 4°, après les mots : « tous les autres » sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;

2° Le *b* du 4° est ainsi modifié :

a) (Alinéa sans modification)

b) (Alinéa sans modification)

c) Après les mots : « invalidité-décès », sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale » ;

3° À la première phrase du *c* du même 4°, après le mot : « autres », sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;

2° Le *b* du 4° est ainsi modifié :

a) Les mots : « Au 1^{er} janvier 2020 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;

b) Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;

c) Après les mots : « invalidité-décès », sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale » ;

3° À la première phrase du *c* du même 4°, après le mot : « autres », sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;

sont transférés à l'organisme du régime général dans lequel sont transférés la majorité de ses salariés.

④9

4° Après le c, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

⑤0

« Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées à l'alinéa suivant sont transférés au 1^{er} janvier 2020 au groupement d'intérêt économique « Système d'information Sécu-Indépendants ». Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

⑤1

5° Au vingt-cinquième alinéa, après les mots : « de quelque nature que ce soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts ».

4° Après le même c, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées au dernier alinéa du présent 4° sont transférés au 1^{er} janvier 2020 au groupement d'intérêt économique "Système d'information Sécu-Indépendants". Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

5° À la fin du dernier alinéa du 4°, après le mot : « soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts ».

4° Après le même c, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées au dernier alinéa du présent 4° sont transférés au 1^{er} janvier 2020 au groupement d'intérêt économique "Système d'information Sécu-Indépendants". Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

5° À la fin du dernier alinéa du 4°, après le mot : « soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts ».

.....
...
**Loi n° 2018-1203 du
22 décembre 2018 de
financement de la
sécurité sociale pour
2019**

Art. 26. - (...)

XVI.-A compter du 1^{er} janvier 2020, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi

⑤2

VIII. - Les XVI à XVIII de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité

VIII. - (Alinéa sans modification)

VIII. - Les XVI à XVIII de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité

modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) A la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 51,73 % » ;

b) A la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 19,28 % » ;

c) A la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 18,98 % » ;

d) A la fin du dernier alinéa, le taux : « 10,01 % » est remplacé par le taux : « 10,02 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le b est ainsi modifié :

-au deuxième alinéa, le taux : « 5,95 % » est remplacé par le taux : « 5,84 % » ;

-au quatrième alinéa, le taux : « 4,65 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

-à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,87 % » ;

-au dernier alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 2,14 % » ;

b) Au c, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % » ;

c) A la fin du e, le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,77 % » ;

sociale pour 2019 sont abrogés.

sociale pour 2019 sont abrogés.

3° Le 3° *bis* est ainsi modifié :

a) A la fin du *a*, le taux : « 8,6 % » est remplacé par le taux : « 8,49 % » ;

b) A la fin du *b*, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,71 % ».

XVII.-A compter du 1^{er} janvier 2021, l'article L. 131-8 code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) A la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,73 % » est remplacé par le taux : « 51,16 % » ;

b) A la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,28 % » est remplacé par le taux : « 12,13 % » ;

c) A la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 18,98 % » est remplacé par le taux : « 26,69 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le *b* est ainsi modifié :

-au deuxième alinéa, le taux : « 5,84 % » est remplacé par le taux : « 5,72 % » ;

-au quatrième alinéa, le taux : « 4,54 % » est remplacé par le taux : « 4,42 % » ;

-à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,87 % » est remplacé par le taux : « 4,69 % » ;

-au dernier alinéa, le taux : « 2,14 % » est remplacé par le taux :

« 2,02 % » ;

b) Au c, le taux : « 0,71 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % » ;

c) Au e, le taux : « 1,77 % » est remplacé par le taux : « 1,83 % » ;

3° Le 3° *bis* est ainsi modifié :

a) A la fin du a, le taux : « 8,49 % » est remplacé par le taux : « 8,37 % » ;

b) A la fin du b, le taux : « 0,71 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % ».

XVIII.-A compter du 1^{er} janvier 2022, l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) A la fin du deuxième alinéa, le taux : « 51,16 % » est remplacé par le taux : « 50,94 % » ;

b) A la fin du troisième alinéa, le taux : « 12,13 % » est remplacé par le taux : « 8,89 % » ;

c) A la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 26,69 % » est remplacé par le taux : « 30,15 % » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le b est ainsi modifié :

-au deuxième alinéa, le taux : « 5,72 % » est remplacé par le taux : « 5,62 % » ;

-au quatrième alinéa, le taux : « 4,42 % » est remplacé par le taux :

« 4,32 % » ;

-à l'avant-dernier alinéa, le taux : « 4,69 % » est remplacé par le taux : « 4,54 % » ;

-au dernier alinéa, le taux : « 2,02 % » est remplacé par le taux : « 1,92 % » ;

b) Au c, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % » ;

c) Au e, le taux : « 1,83 % » est remplacé par le taux : « 1,88 % » ;

3° Le 3° bis est ainsi modifié :

a) A la fin du a, le taux : « 8,37 % » est remplacé par le taux : « 8,27 % » ;

b) A la fin du b, le taux : « 0,83 % » est remplacé par le taux : « 0,93 % ».

⑤3

IX. – A compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce dernier, de l'arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

⑤4

Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en

IX. – À compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l'arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

(Alinéa sans modification)

IX. – À compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l'arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en

	<p>tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.</p>		<p>tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.</p>
55	<p>A défaut de signature de cette convention avant le 1^{er} juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.</p>		<p>À défaut de signature de cette convention avant le 1^{er} juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.</p>
56	<p>X. – A compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au septième alinéa de l'article 7 de l'ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieurement au 1^{er} janvier 2019 sont prises en charge par l'État.</p>		<p>X. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du I de l'article 114 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 2019 sont prises en charge par l'État.</p>
57	<p>XI. – Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au <i>a</i> de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de la présente loi, et pour le</p>		<p>XI. – Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au <i>c</i> de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres.</p>

<p>⑤⑧</p>	<p>solde par ses fonds propres.</p> <p>XII. – A l’exception du X, les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l’article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.</p> <p>XII. – À l’exception du X, le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l’article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.</p> <p>XII. – À l’exception du X, le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>																							
<p>①</p>	<p>Article 18</p> <p>Est approuvé le montant de 5,1 milliards d’euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d’assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l’annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>	<p>Article 18 <i>(Alinéa sans modification)</i></p> <p>Est approuvé le montant de 5,1 milliards d’euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d’assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l’annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>	<p>Article 18</p> <p>Est approuvé le montant de 5,1 milliards d’euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d’assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l’annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>																							
<p>②</p>	<p>Article 19</p> <p>Pour l’année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p>	<p>Article 19</p> <p>Pour l’année 2020, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p>	<p>Article 19</p> <p>Pour l’année 2020, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l’état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d’équilibre, par branche, de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :</p>																							
<p>(En milliards d’euros)</p>	<p>(En milliards d’euros)</p>	<p>(En milliards d’euros)</p>	<p>(En milliards d’euros)</p>																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R ec ett es</th> <th>Dé pe ns es</th> <th>S o l d e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie</td> <td>22 0,8</td> <td>22 3,8</td> <td>- 3,0</td> </tr> </tbody> </table>		R ec ett es	Dé pe ns es	S o l d e	Maladie	22 0,8	22 3,8	- 3,0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R ec et te s</th> <th>Dé pe ns es</th> <th>S o l d e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie.....</td> <td>22 0,8</td> <td>22 3,8</td> <td>- 3,0</td> </tr> </tbody> </table>		R ec et te s	Dé pe ns es	S o l d e	Maladie.....	22 0,8	22 3,8	- 3,0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>R ec et te s</th> <th>Dé pe ns es</th> <th>S o l d e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maladie.....</td> <td>22 0,8</td> <td>22 3,8</td> <td>- 3,0</td> </tr> </tbody> </table>		R ec et te s	Dé pe ns es	S o l d e	Maladie.....	22 0,8	22 3,8	- 3,0
	R ec ett es	Dé pe ns es	S o l d e																							
Maladie	22 0,8	22 3,8	- 3,0																							
	R ec et te s	Dé pe ns es	S o l d e																							
Maladie.....	22 0,8	22 3,8	- 3,0																							
	R ec et te s	Dé pe ns es	S o l d e																							
Maladie.....	22 0,8	22 3,8	- 3,0																							

Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4	Accidents du travail et maladies professionnelles.....	15,0	13,6	1,4	Accidents du travail et maladies professionnelles.....	15,0	13,6	1,4
Vieillesse	24,1	24,7,3	-3,2	Vieillesse.....	24,1	24,7,3	-3,2	Vieillesse.....	24,1	24,7,3	-3,2
Famille	51,0	50,3	0,7	Famille.....	51,0	50,3	0,7	Famille.....	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	51,7,1	52,1,3	-4,2	Toutes branches (hors transferts entre branches).....	51,7,1	52,1,3	-4,2	Toutes branches (hors transferts entre branches).....	51,7,1	52,1,3	-4,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	51,6,2	52,1,8	-5,6	Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	51,6,2	52,1,8	-5,6	Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	51,6,2	52,1,8	-5,6
Article 20 Pour l'année 2020, sont approuvés les	Article 20 (Alinéa sans sont approuvés les										

①

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

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

Article 21

①

I. – Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

②

II. – Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.

③

III. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites

modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

Article 21

I. – (Alinéa sans *modification)*

II. – (Alinéa sans *modification)*

III. – (Alinéa sans *modification)*

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

Article 21

I. – Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites

| | sont fixées à : |

| sont fixées à : |

④	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes affectées</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes affectées	0	Total	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes affectées</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total ...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes affectées	0	Total ...	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes affectées</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total ...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes affectées	0	Total ...	0
	Prévisions de recettes																				
Recettes affectées	0																				
Total	0																				
	Prévisions de recettes																				
Recettes affectées	0																				
Total ...	0																				
	Prévisions de recettes																				
Recettes affectées	0																				
Total ...	0																				
⑤	<p>IV. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :</p>	<p>IV. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>IV. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :</p>																		
⑥	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes	0	Total	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes affectées</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total ...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes affectées	0	Total ...	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prévisions de recettes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recettes affectées</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Total ...</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Prévisions de recettes	Recettes affectées	0	Total ...	0
	Prévisions de recettes																				
Recettes	0																				
Total	0																				
	Prévisions de recettes																				
Recettes affectées	0																				
Total ...	0																				
	Prévisions de recettes																				
Recettes affectées	0																				
Total ...	0																				
①	<p>Article 22 I. – Sont habilités en 2020 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :</p>	<p>Article 22 I. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>Article 22 I. – Sont habilités en 2020 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :</p>																		
②	(En millions d'euros)	(En millions d'euros)	(En millions d'euros)																		

	Encours limites		Encours limites		Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000	Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000	Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1er au 31 janvier	400	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	400	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF - période du 1er février au 31 décembre	150	- période du 1er au 31 janvier	400	- période du 1er au 31 janvier	400

Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF		Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF	
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250	- période du 1er février au 31 décembre	150	- période du 1er février au 31 décembre	150
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales		Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines...	515	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines...	515
- période du 1er janvier au 31 août 2020	2 000	Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250	Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er septembre au 31 décembre 2020	2 700	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er janvier au 31 août 2020 ..	2 000	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er janvier au 31 août 2020 ..	2 000
		Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er septembre au 31 décembre 2020.....	2 700	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1er septembre au 31 décembre 2020	2 700

Code de la sécurité sociale

Art. L. 225-1-4. –

Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut consentir,

contre rémunération :

1° Des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ;

2° Des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4.

3° Sans préjudice de l'exercice par l'agence des missions prévues aux 1° et 2°, des avances d'une durée inférieure à un mois aux organismes, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dont elle centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions.

Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées au présent article, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du

③

II. – Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

II. – Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

II. – Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

budget.

~~« Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget. »~~

Article 23

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2020 à 2023), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIÈME
PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2020**

**TITRE I^{ER}
POURSUIVRE LA**

Article 23

(Alinéa sans modification)

**QUATRIÈME
PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2020**

**TITRE I^{ER}
POURSUIVRE LA**

Article 23

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2020 à 2023), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

**QUATRIÈME
PARTIE
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2020**

**TITRE I^{ER}
POURSUIVRE LA**

TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SOINS	TRANSFORMATION DU SYSTEMÈ DE SOINS	TRANSFORMATION DU SYSTEMÈ DE SOINS
CHAPITRE 1 ^{ER}	CHAPITRE I ^{ER}	CHAPITRE I ^{ER}
Reformer le financement de notre système de santé	Réformer le financement de notre système de santé	Réformer le financement de notre système de santé
Article 24 A (nouveau)	Article 24 A (nouveau)	Article 24 A
<p>① L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité économique de l'hospitalisation publique et privée.</p>	<p>L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
<p>② <i>Art. L. 162-21-3. –</i> Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.</p>	<p>1° Au premier alinéa, le mot : « observatoire » est remplacé par le mot : « comité » ;</p>	<p>1° Au premier alinéa, le mot : « observatoire » est remplacé par le mot : « comité » ;</p>
<p>③ L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.</p>	<p>2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa, au troisième alinéa, à la seconde phrase du quatrième alinéa, au début du cinquième alinéa et au dernier alinéa, les mots : « l'observatoire » sont remplacés par les mots : « le comité » ;</p>	<p>2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa et du cinquième alinéa, les mots : « L'observatoire » sont remplacés par les mots : « Le comité » ;</p>
<p>Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.</p>	Amdt n° 164	Amdt n° 164
<p>Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II <i>bis</i> des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.</p>	<p><u>2° bis (nouveau) Au troisième alinéa et à la seconde phrase du quatrième alinéa, les mots : « l'observatoire » sont remplacés par les mots : « le comité » ;</u></p>	<p><u>2° bis (nouveau) Au troisième alinéa et à la seconde phrase du quatrième alinéa, les mots : « l'observatoire » sont remplacés par les mots : « le comité » ;</u></p>
Amdt n° 164	Amdt n° 164	Amdt n° 164

L'observatoire est composé :

1° De représentants des services de l'État ;

2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

④

3° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. »

Article 24

①

I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

②

« Art. L. 162-23-16. – I. – Les hôpitaux de

Art. L. 162-23-16. – Par dérogation aux articles

2° ter (nouveau) Au dernier alinéa, les mots : « de l'observatoire » sont remplacés par les mots : « du comité » :

Amdt n° 164

3° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant et à la répartition des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. »

Amdt n° 145

Article 24

I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-23-16. – I. – Les hôpitaux de

« Art. L. 162-23-16. – I. – Les hôpitaux de

L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine et par dérogation à l'article L. 162-22-6, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ils bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité, lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée ;

③

« II. – Ils bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté, et à financer l'indemnité prévue à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée

proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.

« II. – Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité

proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.

« II. – Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité

**Loi n° 2019-774 du
24 juillet 2019
relative à
l'organisation et à la
transformation du
système de santé**

Art. 35. – I. – A
modifié les dispositions
suivantes : – Code de la
santé publique Art. L6111-
3-1

II.-Dans les
conditions prévues à
l'article 38 de la
Constitution, en vue de
renforcer et développer des
établissements de santé de
proximité qui assurent le
premier niveau de gradation
des soins hospitaliers, le
Gouvernement est autorisé
à prendre par voie
d'ordonnance toute mesure
relevant du domaine de la
loi visant à :

④

aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

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

⑤

II. – A
l'article L. 162-23-16 ainsi rédigé, à la date d'entrée en vigueur de l'article L. 6111-3-1 nouveau du code de la santé publique tel qu'issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, après la première occurrence du mot : « missions », sont ajoutés les mots : « précisées aux 1° à 4° du II de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique ».

⑥

peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

(Alinéa sans
modification)

II. – À compter de la date d'entrée en vigueur prévue au IV de l'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le premier alinéa du II de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « missions », sont insérés les mots : « précisées aux 1° à 4° de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique » ;

peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

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

II. – À compter de la date d'entrée en vigueur prévue au IV de l'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le premier alinéa du II de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « missions », sont insérés les mots : « précisées aux 1° à 4° de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique » ;

⑦

1° Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente ;

2° Définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ;

3° Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

III. – Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

IV. – Le I entre en vigueur à une date définie par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

Code de la santé publique

Art. L. 6146-2. –

Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre

2° (*nouveau*) À la deuxième phrase, les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code ».

2° À la deuxième phrase, les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code ».

des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance.

Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

⑧

III. –
L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

III. –
L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

III. –
L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

	<p>⑨ « Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1, peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa. »</p>	<p>« Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux deux premiers alinéas du présent article, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa du présent article. »</p>	<p>« Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux deux premiers alinéas du présent article, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa du présent article. »</p>
	<p>⑩</p>	<p>IV (<i>nouveau</i>). – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales définies à l'article 73 de la Constitution, afin d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet.</p>	<p>IV. – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales définies à l'article 73 de la Constitution, afin d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet.</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, dans</i></p>	<p>Article 25</p> <p>I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;</p>	<p>Article 25</p> <p>I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p> <p>1° À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;</p>	<p>Article 25</p> <p>I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :</p> <p>1° À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;</p>

les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.

Art. L. 162-23-3. –
Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :

1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient

③ 2° L'article L. 162-23-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

④ « *Art. L. 162-23-3.*
– Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

2° L'article L. 162-23-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-3.*
– (*Alinéa modification*) *sans*

2° L'article L. 162-23-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-3.*
– Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

Art. L. 162-23-4. –
I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;

5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;

3° Au I de l'article L. 162-23-4 :

a) Le 1° est abrogé ;

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement des 1°, 2° et 3° ;

c) Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; » ;

3° Le I de l'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) *(Alinéa sans modification)*

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

c) Le 4° est ainsi rétabli :

« 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; »

3° Le I de l'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Le 1° est abrogé ;

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

c) Le 4° est ainsi rétabli :

« 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; »

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.

Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.

Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.

II.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État.

Art. L. 162-23-5. –
I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.

II.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État

⑩	4° Au I de l'article L. 162-23-5 :	4° La première phrase du I de l'article L. 162-23-5 est ainsi modifiée :	4° La première phrase du I de l'article L. 162-23-5 est ainsi modifiée :
⑪	a) La référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;	a) La première occurrence de la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;	a) La première occurrence de la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;
⑫	b) Les mots : « servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article » sont supprimés ;	b) (Alinéa sans modification)	b) Les mots : « servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article » sont supprimés ;

peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

Art. L. 162-23-7. –
Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent

⑬ 5° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :

⑭ « *Art. L. 162-23-6-1* . – Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6 sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;

⑮ 6° A l'article L. 162-23-7, les mots : « au 2° » sont remplacés par les mots : « au 1° » ;

5° (*Alinéa sans modification*)

« *Art. L. 162-23-6-1* . – Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6, sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-7, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

5° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-6-1* . – Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6, sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-7, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.

Art. L. 162-23-10. – Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

Art. 78. (...)

.....
...
III.-Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.

⑩

⑪

⑫

7° A
l'article L. 162-23-10, après les mots : « aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « et la dotation forfaitaire mentionnée au L. 162-23-3, ».

II. – A. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, est ainsi modifié :

1° Le A est abrogé ;

7° À
l'article L. 162-23-10, après la référence : « L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « ainsi que la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ».

II. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

7° À
l'article L. 162-23-10, après la référence : « L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « ainsi que la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ».

II. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

A.-Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, d'autre part.

⑲

⑳

㉑

B.-Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2020 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.

㉒

Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance

㉓

a) Le A est abrogé ;

a) Le A est abrogé ;

b) Au premier alinéa du 2° et au 6° du E, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 » ;

b) Au premier alinéa du 2° et au 6° du E, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 » ;

c) Au premier alinéa du F, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 28 février 2023 » ;

c) Au premier alinéa du F, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 28 février 2023 » ;

d) Au premier alinéa et à la deuxième phrase du deuxième alinéa du B et, à la fin des *a* et *b* du 3° du E, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2021 » ;

d) Au premier alinéa et à la deuxième phrase du deuxième alinéa du B et, à la fin des *a* et *b* du 3° du E, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2021 » ;

e) À la deuxième phrase du deuxième alinéa du B, la date : « 28 février 2022 » est remplacée par la date : « 28 février 2026 » ;

e) À la deuxième phrase du deuxième alinéa du B, la date : « 28 février 2022 » est remplacée par la date : « 28 février 2026 » ;

maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.

La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à

24

f) Au premier alinéa, à la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa et à la fin de l'avant-dernier alinéa du B ainsi qu'au premier alinéa et à la fin du deuxième alinéa du D, la date : « 1^{er} mars 2022 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2026 » ;

f) Au premier alinéa, à la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa et à la fin de l'avant-dernier alinéa du B ainsi qu'au premier alinéa et à la fin du deuxième alinéa du D, la date : « 1^{er} mars 2022 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2026 » ;

l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent B.

C.-Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.

Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en

application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2022 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.

D.-A compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à

l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.

Ce coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.

E.-Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :

1^o Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3^o ci-après ;

2^o Du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2019, elles sont financées par deux montants cumulatifs :

a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.

En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont minorés à

hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du *b* du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;

b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent *b* ;

Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

3° Les financements complémentaires prévus au 2° de

l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :

a) Le financement complémentaire mentionné au *a* du 2^o du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} janvier 2020 ;

b) Le financement complémentaire mentionné au *b* du même 2^o prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable au plus tard le 1^{er} janvier 2020 ;

4^o Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :

a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

5^o Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu

à l'article L. 162-23 du même code est constitué :

a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;

b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;

6° Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E.

F.-Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2019, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III 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 dudit code.

Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même

code.

Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.

L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.

Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.

G.-Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du

25

g) Au premier alinéa du G, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

g) Au premier alinéa du G, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

18 décembre 2003).

Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.

L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.

Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même

code.

	②6		<i>h)</i> Il est ajouté un H ainsi rédigé :	<i>h)</i> Il est ajouté un H ainsi rédigé :
..... ...	②7		« H. – Par	« H. – Par
<p>V.-Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2019, un montant afférent aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé mentionnés aux <i>a</i>, <i>b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 du même code, au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.</p>	②8	2° La date : « 31 décembre 2019 » est remplacée dans toutes ses occurrences par la date : « 31 décembre 2020 », à l'exception de celle figurant au F qui est remplacée par la date « 28 février 2023 » ;	dérogação aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1 ^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1 ^{er} mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. » ;	dérogação aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1 ^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1 ^{er} mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. » ;
<p>VI.-Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins</p>			2° Aux V et VI, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 ».	2° Aux V et VI, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 ».

dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

~~3° La _____ date :
« 1^{er} janvier 2020 » est
remplacée dans toutes ses
occurrences par la date :
« 1^{er} janvier 2021 » ;~~

~~3° (Alinéa
supprimé)~~

~~4° La _____ date :
« 28 février 2022 » est
remplacée dans toutes ses
occurrences par la date :
« 28 février 2026 » ;~~

~~4° (Alinéa
supprimé)~~

~~5° La _____ date :
« 1^{er} mars 2022 » est
remplacée dans toutes ses
occurrences par la date :
« 1^{er} mars 2026 », à
l'exception de celle
figurant au C ;~~

~~5° (Alinéa
supprimé)~~

~~6° Dans le G, les
mots : « au 2° » sont
remplacés par les mots
« au 1° » ;~~

~~6° (Alinéa
supprimé)~~

~~7° Il est ajouté un H
ainsi rédigé :~~

~~7° (Alinéa
supprimé)~~

~~« H. Par
dérogation aux articles
L. 162 23 3 et L. 162 23 4
du code de la sécurité
sociale, à compter du
1^{er} janvier 2021 et au plus
tard jusqu'au 1^{er} mars 2026,
pour chaque établissement
mentionné aux *d* et *e* de
l'article L. 162-22-6 du
même code, les tarifs
mentionnés au 1° du I de
l'article L. 162 23 4 du
même code sont minorés du
montant des honoraires
facturés dans les conditions
définies à
l'article L. 162 1 7 du~~

~~« H. – (Alinéa
supprimé)~~

~~même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État.»;~~

~~B. – Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les dates : « 31 décembre 2019 » sont remplacées par la date : « 31 décembre 2020 ».~~

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

B. – *(Alinéa supprimé)*

III. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

III. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-4 (Article L133-4 - version 14.0 (2020) - Vigueur différée) . – En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-23-1 et L. 165-1-5 ;

29

30

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;

1° *(Alinéa sans modification)*

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;

.....
...

<p>Art. L. 162-21-2. – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article.</p>	<p>2° A l'article L. 162-21-2 :</p> <p>31</p> <p>a) Les mots : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;</p> <p>32</p> <p>b) Les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;</p>	<p>2° La première phrase de l'article L. 162-21-2 est ainsi modifiée :</p> <p>a) Les références : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;</p> <p>b) À la fin, les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;</p>	<p>2° La première phrase de l'article L. 162-21-2 est ainsi modifiée :</p> <p>a) Les références : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;</p> <p>b) À la fin, les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;</p>
<p>Art. L. 162-21-3. – Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette période de cinq ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.</p> <p>L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais</p>			

d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

L'observatoire est composé :

1° De représentants des services de l'État ;

2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

Art. L. 162-22. –

Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :

1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique

③4

3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots « de l'article » ;

3° À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots : « de l'article » ;

3° À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots : « de l'article » ;

et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;

2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ;

3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;

4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1.

Art. L. 162-22-16. –
La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

35

4° Au 2° de l'article L. 162-22, les mots : « à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;

36

5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est abrogée ;

37

6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;

38

7° A l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

4° À la fin du 2° de l'article L. 162-22, les mots : « L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par la référence : « L. 162-22-19 » ;

5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI est abrogée ;

6° (*Alinéa sans modification*)

7° À l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

4° À la fin du 2° de l'article L. 162-22, les mots : « L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par la référence : « L. 162-22-19 » ;

5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI est abrogée ;

6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;

7° À l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

③9	8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie :	8° (<i>Alinéa sans modification</i>)	8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie :
④0	« <i>Sous-section 3</i>	(<i>Alinéa sans modification</i>)	« <i>Sous-section 3</i>
④1	« <i>Dispositions relatives aux activités de psychiatrie</i>	(<i>Alinéa sans modification</i>)	« <i>Dispositions relatives aux activités de psychiatrie</i>
④2	« <i>Art. L. 162-22-18.</i> – I. – Chaque année est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.	« <i>Art. L. 162-22-18.</i> – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.	« <i>Art. L. 162-22-18.</i> – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.
④3	« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.	« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.	« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
④4	« Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions	(<i>Alinéa sans modification</i>)	« Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions

	constatées en cours d'année.		constatées en cours d'année.
④5	« Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.	(Alinéa sans modification)	« Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.
④6	« II. – Cet objectif est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :	« II. – L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :	« II. – L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :
④7	« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins et des projets de développement de nouvelles activités ;	« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ;	« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ;
④8	« 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de dotations complémentaires ;	« 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de dotations complémentaires ;	« 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de dotations complémentaires ;
④9	« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.	« 3° (Alinéa sans modification)	« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.
⑤0	« III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte de la démographie, des caractéristiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories mentionnées au L. 162-22-6, ainsi que des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et de leurs déclinaisons	« III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 ainsi que du projet régional de	« III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 et la <u>couverture assurée en</u>

	<p>territoriales.</p>	<p>santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.</p>	<p><u>matière de prise en charge psychiatrique infanto-juvénile</u> ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.</p>
			<p>Amdt n° 195</p>
<p>⑤1</p>	<p>« La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.</p>
<p>⑤2</p>	<p>« Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »</p>	<p>« Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.</p>	<p>« Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.</p>
<p>⑤3</p>	<p>« Art. L. 162-22-19. – I. – Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :</p>	<p>« Art. L. 162-22-19. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 162-22-19. – I. – Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :</p>
<p>⑤4</p>	<p>« 1° Une dotation issue de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire ;</p>	<p>« 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ;</p>	<p>« 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ;</p>
<p>⑤5</p>	<p>« 2° Des dotations complémentaires tenant compte de l'activité de</p>	<p>« 2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas</p>	<p>« 2° Le cas échéant, des dotations tenant compte de l'activité de</p>

	<p>l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure.</p>	<p>échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ;</p>	<p><u>l'établissement et des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ;</u></p>
			<p style="text-align: right;">Amdt n° 196</p>
56	<p>« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;</p>	<p>« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15, lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;</p>	<p>« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15, lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;</p>
57	<p>« 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.</p>	<p>« 4° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.</p>
58	<p>« II. – Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement. Ce montant est établi :</p>	<p>« II. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« II. – Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement. Ce montant est établi :</p>
59	<p>« 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;</p>	<p>« 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;</p>	<p>« 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères, <u>qui tiennent notamment compte des disparités infrarégionales en matière de professionnels de santé,</u> peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;</p>
60	<p>« 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité, liés d'une part à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités, d'autre part, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;</p>	<p>« 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;</p>	<p>« 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;</p>
			<p style="text-align: right;">Amdt n° 197</p>

<p>⑥1</p>	<p>« 3° Pour la dotation mentionnée au 3° du I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;</p>	<p>« 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;</p>	<p>« 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;</p>
<p>⑥2</p>	<p>« 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.</p>	<p>« 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.</p>	<p>« 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.</p>
<p>⑥3</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en conseil d'État. » ;</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;</p>
<p>⑥4</p>	<p>9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;</p>	<p>9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;</p>	<p>9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;</p>
<p><i>Art. L. 162-26. –</i> Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux <i>a, b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-21-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.</p>	<p>11° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à</p>	<p>10° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à</p>	<p>10° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à</p>
<p>⑥5</p> <p>Pour les activités de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa</p>			

précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1.

Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Art. L. 165-7. – Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux

l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;

12° A
l'article L. 165-7, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » sont supprimés ;

l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-7, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » est supprimée ;

l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-7, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » est supprimée ;

⑥⑥

patients.

Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3.

Art. L. 174-1. –
Dans les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.

Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'État dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'État.

⑥7

13° L'article L. 174-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

⑥8

« Art. L. 174-1. –
I. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :

⑥9

« 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;

⑦0

« 2° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;

⑦1

« 3° L'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;

⑦2

« 4° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

⑦3

« 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

12° L'article L. 174-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1. –
I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :

« 1° (*Alinéa sans modification*)

« 2° Les activités mentionnées au 3° du même article L. 162-22 ;

« 3° L'ensemble des activités de soins dispensées par l'Institution nationale des invalides ;

« 4° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 5° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé de Mayotte ;

12° L'article L. 174-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1. –
I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :

« 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;

« 2° Les activités mentionnées au 3° du même article L. 162-22 ;

« 3° L'ensemble des activités de soins dispensées par l'Institution nationale des invalides ;

« 4° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 5° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé de Mayotte ;

<p>74</p>	<p>« 6° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;</p>	<p>« 6° Les activités de soins dispensées par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;</p>	<p>« 6° Les activités de soins dispensées par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;</p>
<p>75</p>	<p>« 7° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.</p>	<p>« 7° Les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.</p>	<p>« 7° Les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.</p>
<p>76</p>	<p>« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.</p>
<p>77</p>	<p>« Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>« Le montant de l'objectif mentionné au premier alinéa du présent I est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans cet objectif peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations du projet régional ou interrégional de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>	<p>« Le montant de l'objectif mentionné au premier alinéa du présent I est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans cet objectif peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations du projet régional ou interrégional de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.</p>
<p>78</p>	<p>« II. – Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque</p>	<p>« II. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« II. – Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque</p>

Art. L. 174-1-1. –
Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ;

2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;

4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;

5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;

8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code

(79)

établissement est arrêté par l'État. » ;

14° L'article L. 174 -1-1 est abrogé ;

13° L'article L. 174 -1-1 est abrogé ;

établissement est arrêté par l'État. » ;

13° L'article L. 174 -1-1 est abrogé ;

de la santé publique.

Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.

Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique

sanitaire.

Art. L. 174-1-2. –

Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.

Art. L. 174-2. – Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse

⑧0

15° Aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 174-1-2 la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;

⑧1

16° A l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 » est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;

14° À la première phrase et à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa ainsi qu'au second alinéa de l'article L. 174-1-2, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

15° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-22-19 » ;

14° À la première phrase et à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa ainsi qu'au second alinéa de l'article L. 174-1-2, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

15° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-22-19 » ;

relevant d'un autre régime.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

Art. L. 174-2-2. –
Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 175-2.

Art. L. 174-5. –
Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide

⑧2

17° A
l'article L. 174-2-2 :

⑧3

a) Au premier alinéa, les mots : « au 7° de l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « au 6° de l'article L. 174-1 » ;

⑧4

b) A la fin du premier alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

⑧5

18° A
l'article L. 174-5, la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;

16° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-2 est ainsi modifié :

a) La référence : « 7° de l'article L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « 6° du I de l'article L. 174-1 » ;

b) À la fin, les mots : « à ce même 7° » sont remplacés par les mots : « au même 6° » ;

17° À la fin de la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 174-5, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

16° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-2 est ainsi modifié :

a) La référence : « 7° de l'article L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « 6° du I de l'article L. 174-1 » ;

b) À la fin, les mots : « à ce même 7° » sont remplacés par les mots : « au même 6° » ;

17° À la fin de la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 174-5, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

médicale de l'État. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.

Art. L. 174-12. –
Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'État une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.

La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1.

La dotation est versée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.

Art. L. 174-15. –
Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26.

⑧6 19° A
l'article L. 174-12 :

⑧7 a) Au premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

⑧8 b) Au deuxième alinéa, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;

⑧9 20° A
l'article L. 174-15 :

18° L'article L. 174-12 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 162-22-19 » ;

19° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

18° L'article L. 174-12 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 162-22-19 » ;

19° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.

90

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

a) (Alinéa sans modification)

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

91 « Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. » ;

« Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. » ;

« Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. » ;

Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15.

92

b) Au troisième alinéa, devenu le quatrième, les mots : « aux 1° » sont remplacés par les mots : « aux 1, 2° » ;

b) Au troisième alinéa, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;

b) Au troisième alinéa, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23.

93

c) Après le sixième alinéa, devenu le septième, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

<p>Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.</p>	<p>94 « Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. » ;</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. » ;</p>
<p>Art. L. 174-15-1. – Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p>	<p>95 21° L'article L. 174-15-1 est abrogé.</p>	<p>20° L'article L. 174-15-1 est abrogé.</p>	<p>20° L'article L. 174-15-1 est abrogé.</p>
<p>Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.</p> <p>Art. L. 174-15-2. – Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.</p>	<p>96 22° A l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 ».</p>	<p>21° À l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 » ;</p>	<p>21° À l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 » ;</p>
<p>Art. L. 175-2. – Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15,</p>	<p>97</p>	<p>22° (nouveau) À l'article L. 175-2, les références : « , L. 174-12 et L. 174-15-1 » sont remplacées par la</p>	<p>22° À l'article L. 175-2, les références : « , L. 174-12 et L. 174-15-1 » sont remplacées par la</p>

L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées, pour chacun des régimes, dans le système commun d'informations mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu.

98

IV. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Code de la santé publique

Art. L. 1434-8. – I.-

Les moyens alloués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

II.-Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, de services ou de prestations autres que ceux mentionnés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont

99

1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les mots : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont remplacés par les

référence : « et L. 174-12 ».

IV. – (*Alinéa sans modification*)

1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont

référence : « et L. 174-12 ».

IV. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont

le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

Art. L. 6131-5. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à un établissement concerné par une opération de restructuration la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

A défaut de modification de l'état des prévisions de recettes et de dépenses dans un délai fixé

mots : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;

⑩ 2° Au premier alinéa de l'article L. 6131-5, après la référence : « L. 174-1 » sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-22-19 » ;

remplacées par les références : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5, la référence : « à l'article L. 174-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 » ;

remplacées par les références : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5, la référence : « à l'article L. 174-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 » ;

par décret, le directeur général de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration. Il arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Cet état a alors un caractère limitatif.

Art. L. 6145-1. –

L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 et au 2^o de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations

(101)

3^o Au premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence :
« L. 162-22-16 », est insérée la référence :
« L. 162-22-19 » ;

3^o À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence :
« L. 162-22-16 », est insérée la référence :
« L. 162-22-19 » ;

3^o À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence :
« L. 162-22-16 », est insérée la référence :
« L. 162-22-19 » ;

du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7.

Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses n'est pas approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement fixe, après concertation avec le directoire, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses tenant compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Si le directeur ne fixe pas un nouvel État ou si ce nouvel état ne tient pas compte des motifs du refus opposé par le directeur général de l'agence régionale de santé, ce dernier arrête l'état des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 6145-2.

Les modifications de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont établies dans les mêmes conditions.

Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. L. 6145-4. – I.- Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des

(102)

4° Au I de l'article L. 6145-4 :

de

4° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

4° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 ou au 2° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé demande aux directeurs des établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

1° Une modification des éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

2° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et au II de l'article L. 162-23-8 du même code ;

3° Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code ;

4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code.

.....
....

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Art. L. 622-4. – Les ressources de l'établissement comprennent notamment :

(103)

a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence « 4° » ;

(104)

b) Après le 4°, il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

(105)

« 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »

a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

« 5° (Alinéa sans modification) »

a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »

1° Les subventions, avances, fonds de concours ou contributions qui lui sont attribués par l'État et, le cas échéant, d'autres collectivités ou personnes publiques ou privées ;

2° La participation des personnes admises en qualité de pensionnaires ;

3° La dotation annuelle définie par l'article L. 174-15-1 du code de la sécurité sociale et les produits de l'activité hospitalière ;

4° Les dons et legs ;

5° Le produit des emprunts.

⑩⑥

⑩⑦

①

②

V. – Le 5° du I, les III et IV du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2021.

Article 26

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

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, après les mots : « où les soins sont donnés. », sont insérés les mots : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;

IV bis (nouveau). – Au 3° de l'article L. 622-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les mots : « définie par l'article L. 174-15-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnée au II de l'article L. 174-1 ».

V. – Le 5° du I ainsi que les III, IV et *IV bis* du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 26

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;

IV bis. – Au 3° de l'article L. 622-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les mots : « définie par l'article L. 174-15-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnée au II de l'article L. 174-1 ».

V. – Le 5° du I ainsi que les III, IV et *IV bis* du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 26

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 160-13. – I. – La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation

de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

.....
...

③ 2° Il est créé un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

④ « Art. L. 162-20-1. – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients

2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-20-1. – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients

2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-20-1. – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients

	<p>hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p>	<p>hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p>	<p>hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p>
⑤	<p>« Dans les établissements mentionnés au <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l'article L. 162-22.</p>	<p>« Dans les établissements mentionnés aux <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p>	<p>« Dans les établissements mentionnés aux <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.</p>
⑥	<p>« II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p>	<p>« II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p>	<p>« II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :</p>
⑦	<p>« 1° A l'exercice des recours contre tiers ;</p>	<p>« 1° À l'exercice des recours contre tiers ;</p>	<p>« 1° À l'exercice des recours contre tiers ;</p>
⑧	<p>« 2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p>	<p>« 2° À la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p>	<p>« 2° À la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;</p>

<p>⑨</p>	<p>« 3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p>	<p>« 3° À la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p>	<p>« 3° À la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.</p>
<p>⑩</p>	<p>« III. – Par exception aux 2° et 3° du II, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux <i>a, b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22 lorsque le patient :</p>	<p>« III. – Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux <i>a, b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p>	<p>« III. – Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux <i>a, b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :</p>
<p>⑪</p>	<p>« 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p>	<p>« 1° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;</p>
<p>⑫</p>	<p>« 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p>	<p>« 2° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;</p>
<p>⑬</p>	<p>« 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application des dispositions de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p>	<p>« 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p>	<p>« 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p>
<p>⑭</p>	<p>« 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application des dispositions de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;</p>	<p>« 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;</p>	<p>« 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;</p>
<p><i>Art. L. 162-22-10. –</i> I.-Chaque année, l'État fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :</p> <p>1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servent</p>	<p>3° Aux articles L. 162-22-10 et L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul</p>	<p>3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de</p>	<p>3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de</p>

de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

.....

...

Art. L. 162-23-4. –

I.-Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :

1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;

2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;

.....

...

Art. L. 162-22-11. –

Dans les établissements mentionnés aux a à c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des

de la participation de l'assuré » sont supprimés ;

l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;

l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;

⑩

4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;

4° (*Alinéa sans modification*)

4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;

malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Art. L. 162-23-9. –

Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.

Art. L. 174-3. –

Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ;

2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3°) à l'exercice des recours contre tiers.

Art. L. 162-22-11-1.

– Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :

1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;

2° Pour les établissements visés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;

3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.

La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :

a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

b) Du forfait journalier hospitalier

⑰

5° Au 2° de l'article L. 162-22-11-1, les mots : « permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) » sont remplacés par les mots : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 » ;

5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »

5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »

<p>mentionné à l'article L. 174-4.</p>			
	<p>⑱ 6° A l'article L. 174-15 :</p>	<p>6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :</p>	<p>6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :</p>
<p><i>Art. L. 174-15. –</i> Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15 et L. 162-26.</p>	<p>⑲ a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11 » est supprimée ;</p>	<p>a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;</p>	<p>a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;</p>
<p>Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11.</p>			
	<p>⑳ b) Au troisième alinéa, les mots : « L. 162-20-1 et », sont insérés après les mots : « les articles » ;</p>	<p>b) Après le quatrième alinéa, tel qu'il résulte de l'article 25 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>b) Après le quatrième alinéa, tel qu'il résulte de l'article 25 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15.</p>	<p>㉑</p>	<p>« Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;</p>	<p>« Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;</p>
<p>Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.</p>			
<p>Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.</p>			

Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23.

Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives aux compétences exercées par directeur général de l'agence régionale de santé.

Art. L. 175-1. – Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 174-1 et L. 174-3.

②

7° A
l'article L. 175-1, les mots : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 174-1 ».

③

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Code de la santé publique

Art. L. 6143-7. – Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national

7° À la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».

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

7° À la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».

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

de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° Arrête le rapport social unique et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;

8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres

(24)

1° A l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;

1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;

1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;

établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;

9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;

15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier

alinéa de
l'article L. 6143-3 ;

16° Arrête le plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles, mentionné à l'article L. 3131-7 ;

17° Soumet au conseil de surveillance les prises de participation et les créations de filiale mentionnées à l'article L. 6145-7.

18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale.

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

Art. L. 6162-9. – Le conseil d'administration arrête la politique générale du centre ainsi que sa politique d'évaluation et de contrôle. A ce titre il procède aux contrôles et vérification qu'il juge opportuns et délibère sur :

1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;

4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;

5° Les dons et legs ;

6° La participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et les actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre ;

7° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;

8° Les conventions avec des organismes de recherche et les prises de participation nécessaires à la réalisation de projet de recherche ou à l'exploitation des résultats ;

9° Les conventions mentionnées à l'article L. 6162-5 ;

10° Le règlement intérieur ;

Le président du conseil d'administration dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

②

2° A l'article L. 6162-9, les mots : «, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale », sont remplacés par les mots : « et le plan global de financement pluriannuel » ;

2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».

2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».

**Ordonnance
n° 96-1122 du
20 décembre 1996
relative à
l'amélioration de la
santé publique, à
l'assurance maladie,
maternité, invalidité
et décès, au
financement de la
sécurité sociale à
Mayotte et à la caisse
de sécurité sociale de
Mayotte**

Art. 20-5-2. – Pour l'application du présent chapitre, les dispositions des articles L. 162-22-11 et L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiées :

1° A
l'article L. 162-22-11, les mots : "Dans les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* " sont remplacés par les mots :

"Dans les établissements de santé mentionnés au *b* " ;

2° A
l'article L. 162-22-15, au premier alinéa, les mots : "par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18" sont remplacés par les mots : "par la caisse de sécurité sociale de Mayotte" et les deuxième et troisième alinéas sont supprimés.

**Loi n° 2003-1199 du
18 décembre 2003 de
financement de la
sécurité sociale pour
2004**

Art. 33. – Les dispositions des articles 22 à 32 à sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception des dispositions de

②6

②7

②8

II bis (nouveau). –
L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : "par les caisses... (*le reste sans changement*). »

II bis. –
L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : "par les caisses... (*le reste sans changement*). »

l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 23 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 25 qui s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes :

II.-Jusqu'au 31 décembre 2019, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient. Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte, ou de ceux relevant d'un des régimes

29

III. – Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 2019 » est remplacée par la date : « 2020 ».

III. – À la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».

III. – À la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».

de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ainsi qu'à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

.....
....

③0

IV. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

③1

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur à la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi.

③2

Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue 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

IV. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi.

Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, 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

IV. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi.

Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, 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

	<p>l'article L. 162-23-4 du même code.</p>	<p>base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.</p>	<p>base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.</p>
③③	<p>V. – A compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>V. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>V. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>
③④	<p>A compter de la date la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o 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 et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1^o du II de l'article L. 162-22-19 du même code, dans sa rédaction issue de la présente loi, est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>À compter 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^o 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, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>À compter 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^o 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, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>

③	<p>A compter de la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>À compter de la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>	<p>À compter de la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.</p>
		<p>Article 26 bis (nouveau)</p>	<p>Article 26 bis</p>
①		<p>I. – L'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :</p>	<p>I. – L'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :</p>
②		<p>« Art. L. 162-22-8-2 . – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :</p>	<p>« Art. L. 162-22-8-2 . – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :</p>
③		<p>« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins-</p>	<p>« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant <u>par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale</u> en tenant compte des besoins de la <u>population des territoires</u> et des caractéristiques de l'offre de soins <u>au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des</u></p>

			<p><u>établissements de santé :</u></p>
④		<p>« Cette dotation est répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région. Le montant des dotations régionales est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.</p>	<p>Amdt n° 146</p> <p><i>(Alinéa supprimé)</i></p> <p>Amdt n° 146</p>
⑤		<p>« L'État fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;</p>	<p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;</p> <p>Amdt n° 146</p>
⑥		<p>« 2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;</p>	<p>« 2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;</p>
⑦		<p>« 3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.</p>	<p>« 3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15. Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.</p>

<p>⑧</p> <p>⑨</p> <p>Code de la santé publique</p> <p><i>Art. L. 6211-21. –</i> Sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie médicale menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de groupements hospitaliers de territoire et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif des actes de biologie médicale fixé en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Pour l'application des dispositions du présent article, les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé.</p>	<p>⑧</p> <p>⑨</p> <p>Article 27</p> <p>Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des actes et prestations inscrits sur une liste mentionnée à cet article, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, font l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans. Un décret en Conseil d'État, qui peut déroger aux dispositions du deuxième alinéa du même article, fixe les modalités de cette révision, notamment l'organisation des travaux et la composition des instances se prononçant sur la hiérarchisation.</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »</p> <p>II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.</p> <p>Article 26 ter (nouveau)</p> <p>Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé.</p> <p>Article 27</p> <p>I (nouveau). – Au premier alinéa de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, les références : « des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 162-1-7 ».</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »</p> <p>II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.</p> <p>Article 26 ter (Supprimé) Amdt n° 147</p> <p>Article 27</p> <p>I. – Au premier alinéa de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, les références : « des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 162-1-7 ».</p>
---	---	---	--

②

Code de la sécurité sociale

Art. L. 161-37. – La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'État précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée,

③

II (*nouveau*). – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37, les mots : « aux articles L. 162-1-7-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37, les mots : « aux articles L. 162-1-7-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;

.....
....

④

⑤ *Art. L. 162-1-7.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé, en maison de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1^{er} janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union

2° L'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° L'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

nationale des caisses
d'assurance maladie.

⑥

b) À la deuxième phrase du même premier alinéa, les mots : « elle-même » sont remplacés par les mots : « être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée minimale de trois ans renouvelable une fois. Elle peut » ;

b) À la deuxième phrase du même premier alinéa, les mots : « elle-même » sont remplacés par les mots : « être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée minimale de trois ans renouvelable une fois. Elle peut » ;

⑦

c) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par des II à IX ainsi rédigés :

c) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par des II à IX ainsi rédigés :

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

⑧

« II. – La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. À la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations

« II. – La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. À la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. A la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1.

⑨

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

⑩

Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième

⑪

complexes.

« Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.

« III. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé.

« Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Union

complexes.

« Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.

« III. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé.

« Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Union

alinéa.

⑫

nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin.

nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin.

« IV. – Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé :

« IV. – Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé :

⑬

« 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ;

« 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ;

⑭

« 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°.

« 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°.

⑮

« Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux.

« Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux.

⑯

« Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public.

« Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public.

⑰

« Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

18

« V. – Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.

« V. – Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.

19

« Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

« Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

20

« La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret.

« La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret.

21

« Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions.

« Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions.

22

« VI. – Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont

« VI. – Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont

		inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession.	inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession.
	②③	<p>« VII. – Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>« VII. – Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>
	②④	<p>« VIII. – Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p>	<p>« VIII. – Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p>
	②⑤	<p>« IX. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;</p>	<p>« IX. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;</p>
<p><i>Art. L. 162-1-7-1. –</i> Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses</p>	②⑥	<p>3° L'article L. 162-1-7-1 est abrogé ;</p>	<p>3° L'article L. 162-1-7-1 est abrogé ;</p>

d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.

L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code ou au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, les motifs de l'absence de décision d'inscription :

1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;

2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un

impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique.

L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé.

Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans le délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, sont déterminées par décret en Conseil d'État. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

Art. L. 162-1-8. –
En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.

28

29

30

31

1-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par les commissions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « par la commission prévue au V » ;

b) À la fin du même premier alinéa, les mots : « à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « aux catégories suivantes : » ;

c) Après le même premier alinéa, sont insérés des 1° à 4° ainsi rédigés :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du

1-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par les commissions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « par la commission prévue au V » ;

b) À la fin du même premier alinéa, les mots : « à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « aux catégories suivantes : » ;

c) Après le même premier alinéa, sont insérés des 1° à 4° ainsi rédigés :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du

		<p>code de la santé publique ;</p> <p>« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p> <p>« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p> <p>« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique. » ;</p> <p>d) Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du présent » ;</p>	<p>code de la santé publique ;</p> <p>« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p> <p>« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;</p> <p>« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique. » ;</p> <p>d) Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du présent » ;</p>
<p>L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.</p>	<p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p>		
<p>Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité</p>			

sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.

En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au troisième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

36

37

38

39

40

e) Au quatrième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « septième » ;

f) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « de l'article L. 162-1-7-1 » est remplacée par la référence : « du présent article » ;

g) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « du même article L. 162-1-7-1 » est supprimée ;

h) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la

e) Au quatrième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « septième » ;

f) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « de l'article L. 162-1-7-1 » est remplacée par la référence : « du présent article » ;

g) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « du même article L. 162-1-7-1 » est supprimée ;

h) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la

Art. L. 162-14-1. –

I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télé médecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission. La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas

④

hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. » ;

5° Après la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-14-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. » ;

hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. » ;

5° Après la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-14-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. » ;

échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ;

.....
...

Art. L. 182-2. –

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :

1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;

2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

.....
...

④②

④③

6° Le 2° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ».

III. – L'ensemble des actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans. Un décret en Conseil d'État précise les adaptations de la procédure de hiérarchisation applicables

6° Le 2° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ».

III. – L'ensemble des actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans. Un décret en Conseil d'État précise les adaptations de la procédure de hiérarchisation applicables

<p>Art. L. 162-17-9. – Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l’information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l’article L. 165-1.</p> <p>La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d’information qui pourraient nuire à la qualité</p>	<p>④</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p> <p>① I. – Le livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>② A. – A l’article L. 162-17-9 :</p> <p>③ 1° Au premier alinéa :</p> <p>④ a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l’article L. 165-1-1 ou distributeurs au détail » ;</p> <p>⑤ b) Les mots : « mentionnés à l’article L. 165-1 » sont supprimés ;</p>	<p>à ce travail de révision. Ce décret prévoit notamment l’organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures institué au IV du même article L. 162-1-7 chargé de cette révision.</p> <p>IV (<i>nouveau</i>). – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2020.</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p> <p>I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – L’article L. 162-17-9 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>b) À la fin, les mots : « mentionnés à l’article L. 165-1 » sont supprimés ;</p>	<p>à ce travail de révision. Ce décret prévoit notamment l’organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures institué au IV du même article L. 162-1-7 chargé de cette révision.</p> <p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2020.</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p> <p>I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. – L’article L. 162-17-9 est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l’article L. 165-1-1 ou distributeurs au détail » ;</p> <p>b) À la fin, les mots : « mentionnés à l’article L. 165-1 » sont supprimés ;</p>
---	---	---	--

des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.

La charte est valablement conclue dès lors que les signataires au titre des syndicats ou organisations représentent plus du tiers des montants remboursés au titre de la liste mentionnée au même article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier.

La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1.

Art. L. 165-1. – Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute

⑥

2° Au troisième alinéa :

⑦

a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

⑧

b) Après les mots : « des distributeurs » sont insérés les mots : « au détail » ;

⑨

3° Au quatrième alinéa :

⑩

a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

⑪

b) Les mots : « mentionnés auxdits articles L. 165-1 » sont supprimés ;

⑫

B. – A
l'article L. 165-1 :

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) (*Alinéa sans modification*)

b) Après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

a) (*Alinéa sans modification*)

b) À la fin, les mots : « mentionnés audit article L. 165-1 » sont supprimés ;

B. –
L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

b) Après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) À la fin, les mots : « mentionnés audit article L. 165-1 » sont supprimés ;

B. –
L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37.

L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

L'inscription sur la liste peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations plusieurs classes, définies, d'une part, en fonction du caractère primordial du service rendu et, d'autre part, en fonction du rapport entre ce service et le tarif ou le prix envisagé. L'une au moins de ces classes a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée, par l'application des dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3 ou L. 871-1.

L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent

⑬

1° Au troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

1° À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

1° À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

désigné à cet effet par l'agence précitée.

La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au troisième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.

Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'État.

La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

⑭

2° Après le quatrième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

⑮

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits, et le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

⑯

« La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un an, pour une catégorie de

~~2° Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :~~

~~« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits et, le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.~~

~~« La mise en œuvre de la procédure de référencement prévue au cinquième alinéa peut déroger aux articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un~~

2° à 4° (Supprimés)

Amdt n° 198

<p>produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclusion de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole. » ;</p> <p>17 3° Au cinquième alinéa, devenu le septième alinéa, après les mots : « la liste, » sont insérés les mots : « les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;</p> <p>18 4° Au dernier alinéa, après les mots : « leur finalité », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;</p> <p>19 C. – A l'article L. 165-1-2 :</p> <p>20 1° Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;</p> <p><i>Art. L. 165-1-2. – I.</i> — Pour les produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et relevant de son champ de compétence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut effectuer ou faire effectuer par des organismes compétents un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste est subordonnée. Les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs sont tenus de compenser la perte financière subie par l'acheteur des produits qui sont saisis par l'agence dans</p>	<p>an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclusion de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole. » ;</p> <p>3° À l'avant dernier alinéa, après les mots : « la liste », sont insérés les mots : « , les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;</p> <p>4° Après le mot : « finalité », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;</p> <p>C. – L'article L. 165-1-2 est ainsi modifié :</p> <p>1° À la seconde phrase du I, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;</p>	<p>an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclusion de la prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole. » ;</p> <p>3° À l'avant dernier alinéa, après les mots : « la liste », sont insérés les mots : « , les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;</p> <p>4° Après le mot : « finalité », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;</p> <p>C. – L'article L. 165-1-2 est ainsi modifié :</p> <p>1° À la seconde phrase du I, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;</p>	<p>C. – L'article L. 165-1-2 est ainsi modifié :</p> <p>1° À la seconde phrase du I, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;</p>
--	---	---	--

le cadre de ses contrôles.

II. — Lorsqu'elle constate qu'une spécification technique requise pour l'inscription du produit mentionné au I du présent article sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 n'est pas respectée et après qu'elle a mis l'entreprise concernée en mesure de présenter ses observations, l'agence adresse au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur un courrier lui notifiant les manquements retenus à son encontre ainsi que les pénalités encourues.

Une copie de ce courrier est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au Comité économique des produits de santé et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le comité peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles

①

2° Au premier alinéa du II, les mots : « au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant » ;

②

3° Au troisième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

③

4° Au quatrième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

2° (Alinéa sans modification)

3° (Alinéa sans modification)

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

2° Au premier alinéa du II, les mots : « au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant » ;

3° Au troisième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

III. — Lorsqu'un manquement retenu par l'agence en application du II a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, les organismes nationaux des régimes obligatoires d'assurance maladie engageant, par subrogation aux organismes locaux d'assurance maladie concernés, la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 à l'encontre du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur du produit concerné. Les directeurs des organismes nationaux exercent, dans les mêmes conditions, les pouvoirs que les directeurs des organismes locaux tirent des dispositions de l'avant-dernier alinéa de ce même article L. 133-4.

②4

5° Au III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

5° À la première phrase du III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

5° À la première phrase du III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

②5

D. – A
l'article L. 165-1-4 :

D. –
L'article L. 165-1-4 est ainsi modifié :

D. –
L'article L. 165-1-4 est ainsi modifié :

②6

.....
...
Art. L. 165-1-4. – I.
Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le fabricant ou pour le distributeur, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa du même

1° Au I, les mots : « le fabricant ou pour le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou pour le distributeur au détail » ;

1° (*Alinéa sans modification*)

1° Au I, les mots : « le fabricant ou pour le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou pour le distributeur au détail » ;

article L. 165-1.

II.-La distribution, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 peut donner lieu à l'obligation pour le distributeur de participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient et la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences fixées par la liste mentionnée audit article L. 165-1 et de celles fixées au I du présent article, ainsi que la satisfaction des patients.

III.-Les sommes dues en application des dispositions de l'article L. 133-4 sont recouvrées auprès du distributeur concerné lorsqu'elles résultent du non-respect des dispositions du I du présent article ou de l'article L. 165-9 par ce distributeur.

27

2° Au II, après la première occurrence du mot : « La » sont insérés les mots : « prescription ou la », après la première occurrence de la référence : « L. 165-1 » le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent », après les mots : « pour le » sont insérés les mots : « prescripteur ou le » et après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

28

29

30

31

2° Le II est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « La », sont insérés les mots : « prescription ou la » ;

b) Le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » ;

c) Après le mot : « pour », sont insérés les mots : « le prescripteur ou » ;

d) Après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « La », sont insérés les mots : « prescription ou la » ;

b) Le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » ;

c) Après le mot : « pour », sont insérés les mots : « le prescripteur ou » ;

d) Après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

<p>IV.-Le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du fabricant ou du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière :</p>	<p>32 3° Au IV :</p> <p>33 a) Au premier alinéa, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « du prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;</p>	<p>3° Le IV est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;</p>	<p>3° Le IV est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;</p>
<p>1° D'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I ;</p>	<p>34 b) Le 2° est complété par les mots : « par l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>b) (Alinéa sans modification)</p>	<p>b) Le 2° est complété par les mots : « par l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>
<p>2° D'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France pour les produits ou prestations pour lesquels les obligations mentionnées au II ou à l'article L. 165-9 ont été méconnues.</p>	<p>35 c) Après le 2° il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p>	<p>c) Après le même 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p>	<p>c) Après le même 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p>
<p>Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.</p>	<p>36 « 3° D'un montant maximal de 10 000 euros par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II » ;</p>	<p>« 3° D'un montant maximal de 10 000 € par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II du présent article » ;</p>	<p>« 3° D'un montant maximal de 10 000 € par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II du présent article » ;</p>
<p>V.-Le distributeur qui n'entend pas mettre en œuvre les obligations mentionnées au présent article et à l'article L. 165-9 en informe les assurés sociaux selon des modalités appropriées, définies par le décret mentionné au VI du présent article. L'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.</p>	<p>37 d) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>VI.-Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du</p>			

présent article.

<p>③⑧</p>	<p>« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. » ;</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. » ;</p>
<p>③⑨</p>	<p>E. – Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-6 et L. 165-1-7 ainsi rédigés :</p>	<p>E. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>E. – Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-6 et L. 165-1-7 ainsi rédigés :</p>
<p>④⑩</p>	<p>« Art. L. 165-1-6. – La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français, pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.</p>	<p>« Art. L. 165-1-6. – La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.</p>	<p>« Art. L. 165-1-6. – (Supprimé)</p> <p>Amdt n° 198</p>
<p>④⑪</p>	<p>« Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 165-1</p>	<p>« Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa du présent article peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au cinquième alinéa de</p>	

	<p>ou relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés.</p>	<p>l'article L. 165 1 ou à relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés.</p>
④2	<p>« Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :</p>	<p><i>(Alinéa sans modification)</i></p>
④3	<p>« 1° Supprimer le référencement des produits ou prestations concernés ;</p>	<p>« 1° <i>(Alinéa sans modification)</i></p>
④4	<p>« 2° Prononcer une pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213 1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137 3 et l'article L. 137 4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ;</p>	<p>« 2° <i>(Alinéa sans modification)</i></p>
④5	<p>« 3° mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations</p>	<p>« 3° <i>Mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations</i></p>

	<p>sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>	<p>sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.</p>
<p>④⑥</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment les règles relatives au respect par les exploitants ou les distributeurs au détail de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>
<p>④⑦</p>	<p>« Art. L. 165-1-7. – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition de dispositifs remis en bon état d'usage ainsi que de leurs modalités d'acquisition et de prise en charge.</p>	<p>« Art. L. 165-1-7. – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur au détail de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au même premier alinéa et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition de dispositifs remis en bon état d'usage ainsi que de leurs modalités d'acquisition et de prise en charge.</p>
<p>④⑧</p>	<p>« En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses</p>	<p>« En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur au détail, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses</p>
		<p>« Art. L. 165-1-7. – I. – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur au détail de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au même premier alinéa <u>et, le cas échéant équipés des aides techniques au sens du 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles,</u> pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition <u>du même dispositif qui lui a été prescrit,</u> remis en bon état d'usage ainsi que de <u>ses</u> modalités d'acquisition et de prise en charge.</p> <p>Amdts n° 200, n° 199</p>

observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

④9

« II. – Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :

⑤0

« 1° Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;

observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette 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. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« II. – *(Alinéa sans modification)*

« 1° Subordonner la prise en charge ~~de l'assuré~~ à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre homologué pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque ~~l'assuré~~ n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;

observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette 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. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« II. – Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :

« 1° Subordonner la prise en charge du patient à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre homologué pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque le patient n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;

⑤1	<p>« 2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficiaire de la prise en charge du dispositif médical.</p> <p>« La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.</p>	« 2° (<i>Supprimé</i>)	« 2° (<i>Supprimé</i>)
⑤2	<p>« III. – La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant, ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.</p>	<p>« III. – La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.</p>	<p>« III. – La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.</p>
⑤3	<p>« Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé « Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux », mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.</p>	<p>« Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé "Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux", mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.</p>	<p>« Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé "Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux", mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.</p>
⑤4	<p>« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p>	<p>(<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p>
⑤5	<p>F. – A l'article L. 165-2 :</p>	<p>F. – L'article L. 165-2 est ainsi modifié :</p>	<p>F. – L'article L. 165-2 est ainsi modifié :</p>
⑤6	<p>1° Au I :</p>	<p>1° Le I est ainsi modifié :</p>	<p>1° Le I est ainsi modifié :</p>

Art. L. 165-2. – I.-
Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés, des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Elle peut également tenir compte, à la

⑤7

a) Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

⑤8

b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

a) (Alinéa sans modification)

b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

a) Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de l'appartenance aux classes définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

II.-Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;

4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au

coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code.

Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables.

⑤9 2° Après le 8° du II de l'article L. 165-2, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

⑥0 « 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;

2° Après le 8° du II, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° (*Alinéa sans modification*)

2° Après le 8° du II, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;

.....
 ...

Art. L. 165-2-1. –
 Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou dans le cadre d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit, à son initiative ou sur demande, des données manifestement erronées relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres Etats membres de l'Union européenne, ainsi qu'aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ce fabricant ou de ce distributeur.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés.

⑥1	G. – A l'article L. 165-2-1 :	G. – L'article L. 165-2-1 est ainsi modifié :	G. – L'article L. 165-2-1 est ainsi modifié :
⑥2	1° Au premier alinéa :	1° Le premier alinéa est ainsi modifié :	1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
⑥3	a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;	a) (<i>Alinéa sans modification</i>)	a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
⑥4	b) Les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;	b) À la fin, les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;	b) À la fin, les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;
⑥5	2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;	2° À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;	2° À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes, pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

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

⑥⑥

H. – Après l'article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :

⑥⑦

« Art. L. 165-2-2. – Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou

H. – Après le même article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-2-2. –
(Alinéa sans modification)

H. – Après le même article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-2-2. – Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou

<p>⑥8</p>	<p>taxes en vigueur.</p> <p>« Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'État ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.</p>	<p>(Alinéa modification)</p> <p>sans</p>	<p>taxes en vigueur.</p> <p>« Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'État ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.</p>
<p>⑥9</p>	<p>« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.</p>	<p>(Alinéa modification)</p> <p>sans</p>	<p>« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.</p>
<p>⑦0</p>	<p>« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p>	<p>(Alinéa modification)</p> <p>sans</p>	<p>« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.</p>
<p>⑦1</p>	<p>« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité</p>	<p>(Alinéa modification)</p> <p>sans</p>	<p>« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité</p>

<p>Art. L. 165-3. – Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.</p> <p>Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à</p>	<p>sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.</p> <p>72 « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p> <p>73 I. – A l'article L. 165-3 :</p> <p>74 1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p> <p>75 2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p> <p>Î. – L'article L. 165-3 est ainsi modifié :</p> <p>1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p> <p>2° (Alinéa sans modification)</p>	<p>sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p> <p>Î. – L'article L. 165-3 est ainsi modifié :</p> <p>1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p> <p>2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p>
--	---	---	---

défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2.

Art. L. 165-3-3. – I. – Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;

2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou

76

J. – A
l'article L. 165-3-3 :

77

1° Au I, chacune des occurrences du mot : « fabricants » est remplacée par le mot : « exploitants » et chacune des occurrences du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » ;

78

J. –
L'article L. 165-3-3 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, deux fois, au 1° et à la première phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

79

b) Au 2° et à la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricant » est remplacé

J. –
L'article L. 165-3-3 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, deux fois, au 1° et à la première phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

b) Au 2° et à la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricant » est remplacé

prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le Comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.

Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie par négociation.

80

81

2° Au II, après chacune des occurrences du mot : « distributeurs » ou du mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

par le mot : « exploitant » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la première occurrence du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » et les mots : « du fabricant » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

2° Le II est ainsi modifié :

par le mot : « exploitant » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la première occurrence du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » et les mots : « du fabricant » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

2° Le II est ainsi modifié :

II.-Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

82

1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;

83

2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

84

Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

85

Pour l'appréciation de la part du montant

a) Au premier alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

b) Au 1° et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

c) Au 2° et à la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

d) Au quatrième alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

a) Au premier alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

b) Au 1° et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

c) Au 2° et à la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

d) Au quatrième alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie par négociation.

Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent II, les pharmaciens titulaires d'officine sont considérés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs, au sens de l'article L. 162-33, des pharmaciens titulaires d'officine, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l'assurance maladie, en multipliant l'audience de ce syndicat par les volumes de vente de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition.

86

3° Au III :

87

III.-La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le

a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) (Alinéa sans modification)

3° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.

IV.-Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.

Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.

V.-Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un

88

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

89

4° Au V :

90

a) Au premier

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

4° Le V est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

4° Le V est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa

distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.

alinéa :

est ainsi modifié :

est ainsi modifié :

- | | | | |
|-----------|---|--|--|
| <p>91</p> | <p>i) Les mots : « un fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant, un distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant, un distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant, un distributeur au détail » ;</p> |
| <p>92</p> | <p>ii) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> | <p>– les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> | <p>– les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> |
| <p>93</p> | <p>iii) Les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;</p> |
| <p>94</p> | <p>iiii) Les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;</p> | <p>– les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;</p> |
| <p>95</p> | <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> | <p>b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> | <p>b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;</p> |

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est

fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

VI.-Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 165-4. – I.-
Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les

⑨6 K. – A
l'article L. 165-4 :

⑨7 1° Au I, les mots :
« fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots :
« exploitants ou distributeurs au détail » ;

K. –
L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, les mots :
« fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots :
« exploitants ou les

K. –
L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, les mots :
« fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots :
« exploitants ou les

volumes de ventes, les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2. Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.

II.-Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les

distributeurs au détail » ;

distributeurs au détail » ;

98

2° Au II :

2° Le II est ainsi modifié :

2° Le II est ainsi modifié :

99

a) Au premier alinéa :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

100

i) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.

S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité.

Art. L. 165-4-1. – I.-
Le cadre des conventions mentionnées aux articles

	<p>ii) Les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;</p>	<p>– à la fin de la deuxième phrase, les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;</p>	<p>– à la fin de la deuxième phrase, les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;</p>
<p>(102)</p>	<p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>b) (Alinéa sans modification)</p>	<p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>
<p>(103)</p>	<p>c) Au troisième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p>	<p>c) Au dernier alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p>	<p>c) Au dernier alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;</p>
<p>(104)</p>	<p>L. – A l'article L. 165-4-1 :</p>	<p>L. – L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :</p>	<p>L. – L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :</p>
<p>(105)</p>	<p>1° Au I, les deux occurrences des mots : « fabricants ou</p>	<p>1° Au premier alinéa et au 2° du I, les mots : « fabricants ou</p>	<p>1° Au premier alinéa et au 2° du I, les mots : « fabricants ou</p>

L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés au même article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

(106)

distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Au II :

distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Le II est ainsi modifié :

distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Le II est ainsi modifié :

II.-En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par

<p>107</p>	<p>a) Au premier alinéa :</p>	<p>a) Le premier alinéa est ainsi modifié :</p>	<p>a) Le premier alinéa est ainsi modifié :</p>
<p>108</p>	<p>i) Les mots : « un fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant ou un distributeur au détail » ;</p>	<p>– les mots : « fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou un distributeur au détail » ;</p>	<p>– les mots : « fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou un distributeur au détail » ;</p>
<p>109</p>	<p>ii) Les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>– les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>– les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>
<p>110</p>	<p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>	<p>b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;</p>

décret en Conseil d'État.

Art. L. 165-5. – I.-
Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle

(111)

M. – A
l'article L. 165-5 :

(112)

1° Au I :

(113)

a) Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

(114)

b) Au deuxième alinéa :

(115)

i) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

M. –
L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– aux première et seconde phrases, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

M. –
L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– aux première et seconde phrases, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

II.-La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité.

Art. L. 165-5-1. – A une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une

(116)

ii) Les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

(117)

2° Au II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant ou au distributeur au détail » ;

(118)

N. – A
l'article L. 165-5-1 :

(119)

1° Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

2° À la deuxième phrase du II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant ou au distributeur au détail » ;

N. –
L'article L. 165-5-1 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

2° À la deuxième phrase du II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant ou au distributeur au détail » ;

N. –
L'article L. 165-5-1 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;

identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie et rendus publics sur son site internet.

Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation.

Art. L. 165-8-1. –
Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité,

(120)

2° Au second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

(121)

O. – A
l'article L. 165-8-1 :

(122)

1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

(123)

2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

2° À la première phrase du second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

O. –
L'article L. 165-8-1 est ainsi modifié :

1° (*Alinéa sans modification*)

2° (*Alinéa sans modification*)

2° À la première phrase du second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

O. –
L'article L. 165-8-1 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État.

Art. L. 165-11. – I.
— L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.

(124)

P. – A
l'article L. 165-11 :

P. –
L'article L. 165-11 est ainsi modifié :

P. –
L'article L. 165-11 est ainsi modifié :

II. — Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes :

1° La validation de leur efficacité clinique ;

2° La définition de spécifications techniques particulières ;

3° L'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.

III. — En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1.

IV. — L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs d'études complémentaires demandées sur les produits de santé.

IV bis.-(Abrogé)

V. — Les conditions d'application du présent

(125)

1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

(126)

2° Au IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

1° (Alinéa sans modification)

2° À la seconde phrase du IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° À la seconde phrase du IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 165-13. – En cas d'absence de réalisation dans les délais requis, par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur d'un dispositif médical, des études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que les intéressés ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à leur rencontre.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur, au titre du ou des produits considérés, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de

(127)

Q. – A l'article L. 165-13, les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

Q. – Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième aliéna de l'article L. 165-13, les mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

Q. – Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième aliéna de l'article L. 165-13, les mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou par le distributeur au détail » ;

pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État.

128

R. – Au ~~premier alinéa de l'article L. 871-1,~~ après les mots : « tarifs de responsabilité, » ~~sont insérés les mots : « qu'elles ne couvrent pas la consigne mentionnée au 2° du II de l'article L. 165-1-7 du présent code »;~~

R. – (*Supprimé*)

R. – (*Supprimé*)

129

II. – Après l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :

II. – (*Alinéa sans modification*)

II. – Après l'article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :

130

« Art. L. 5212-1-1. – Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par un patient différent de celui l'ayant initialement utilisé.

« Art. L. 5212-1-1. – Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés.

« Art. L. 5212-1-1. – Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés.

131

« La réalisation de cette remise en bon état d'usage peut être subordonnée :

« La réalisation de cette remise en bon état d'usage est subordonnée :

« La réalisation de cette remise en bon état d'usage est subordonnée :

132

« 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;

« 1° (*Alinéa sans modification*)

« 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;

133

« 2° A une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.

« 2° À une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.

« 2° À une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.

134

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par

(*Alinéa sans modification*)

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par

décret en Conseil d'État, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°.

décret en Conseil d'État, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°.

Article 28 bis (nouveau)

Article 28 bis

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :

1° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– les deux premières phrases du premier alinéa sont remplacées par cinq phrases ainsi rédigées : « Un exploitant peut, pour certains de ses produits et prestations, en vue d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pour une indication particulière, faire une demande de prise en charge transitoire par l'assurance maladie. Dans le cas d'un dispositif médical, le produit doit disposer d'un marquage "CE" dans l'indication considérée. Cette prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Lorsqu'aucune demande d'inscription n'a été déposée, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée audit article L. 165-1 dans un délai de douze mois à

– les deux premières phrases du premier alinéa sont remplacées par cinq phrases ainsi rédigées : « Un exploitant peut, pour certains de ses produits et prestations, en vue d'une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pour une indication particulière, faire une demande de prise en charge transitoire par l'assurance maladie. Dans le cas d'un dispositif médical, le produit doit disposer d'un marquage "CE" dans l'indication considérée. Cette prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Lorsqu'aucune demande d'inscription n'a été déposée, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée audit article L. 165-1 dans un délai de douze mois à

Art. L. 165-1-5. – I.- Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au

①

②

③

④

titre de leur éventuelle prise en charge au titre dudit article L. 165-1.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.

II.-Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans

⑤

⑥

⑦

compter de la demande de prise en charge transitoire prévue au présent I, cette prise en charge est suspendue. Le décret précité fixe également les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre la prise en charge transitoire ou y mettre fin. » ;

– le second alinéa est supprimé ;

b) Les II à IV sont remplacés par des II à V ainsi rédigés :

« II. – Lorsque les ministres compétents envisagent la prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation pour une indication particulière, l'exploitant leur propose le montant de la compensation maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit ou la prestation dès lors que ce produit ou cette prestation ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour au moins l'une de ses indications. Les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent s'y opposer par une décision motivée et, dans ce cas, adressent une proposition de fixation du montant de la compensation susceptible d'être accordée. En cas de refus de cette proposition par l'exploitant, la demande de prise en charge transitoire est réputée abandonnée.

compter de la demande de prise en charge transitoire prévue au présent I, cette prise en charge est suspendue. Le décret précité fixe également les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre la prise en charge transitoire ou y mettre fin. » ;

– le second alinéa est supprimé ;

b) Les II à IV sont remplacés par des II à V ainsi rédigés :

« II. – Lorsque les ministres compétents envisagent la prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation pour une indication particulière, l'exploitant leur propose le montant de la compensation maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit ou la prestation dès lors que ce produit ou cette prestation ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour au moins l'une de ses indications. Les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours, peuvent s'y opposer par une décision motivée et, dans ce cas, adressent une proposition de fixation du montant de la compensation susceptible d'être accordée. En cas de refus de cette proposition par l'exploitant, la demande de prise en charge transitoire est réputée

l'indication considérée.

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

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

⑧

⑨

« III. – Un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article et dont la prise en charge est suspendue peut être éligible à un renouvellement de cette prise en charge s'il dépose, dans les douze mois suivant cette suspension, une demande d'inscription, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Au delà de la période de douze mois précitée, l'exploitant de ce produit ou prestation n'est plus éligible à déposer une nouvelle demande de prise en charge transitoire pour l'indication considérée.

« IV. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au sens du I du présent article est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un tarif de responsabilité et, le cas échéant, d'un prix fixés par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de

abandonnée.

Amdt n° 212

« III. – Un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article et dont la prise en charge est suspendue peut être éligible à un renouvellement de cette prise en charge s'il dépose, dans les douze mois suivant cette suspension, une demande d'inscription, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Au delà de la période de douze mois précitée, l'exploitant de ce produit ou prestation n'est plus éligible à déposer une nouvelle demande de prise en charge transitoire pour l'indication considérée.

« IV. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au sens du I du présent article est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un tarif de responsabilité et, le cas échéant, d'un prix fixés par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de

⑩

plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4. Si ce prix net de référence est inférieur au montant de la compensation définie au II du présent article, l'exploitant reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la totalité de la période de prise en charge transitoire, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« V. – Pour l'application du IV du présent article, pour une indication particulière, lorsque le produit ou la prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour l'indication considérée et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par décision du Comité économique des produits de santé, ou lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale refusent l'inscription sur ladite liste d'un produit ou d'une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III pour l'indication considérée, ou lorsqu'aucune inscription sur ladite liste pour l'indication considérée n'est intervenue dans les trente mois suivant la demande de prise en charge transitoire prévue au I, le Comité économique des produits de santé peut établir un prix de référence

plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4. Si ce prix net de référence est inférieur au montant de la compensation définie au II du présent article, l'exploitant reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la totalité de la période de prise en charge transitoire, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« V. – Pour l'application du IV du présent article, pour une indication particulière, lorsque le produit ou la prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour l'indication considérée et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par décision du Comité économique des produits de santé, ou lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale refusent l'inscription sur ladite liste d'un produit ou d'une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III pour l'indication considérée, ou lorsqu'aucune inscription sur ladite liste pour l'indication considérée n'est intervenue dans les trente mois suivant la demande de prise en charge transitoire prévue au I, le Comité économique des produits de santé peut établir un prix de référence

	<p>ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des tarifs de responsabilité et des prix prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3. » ;</p>	<p>ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des tarifs de responsabilité et des prix prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3. » ;</p>
⑪	<p>2° Après le même article L. 165-1-5, il est inséré un article L. 165-1-5-1 ainsi rédigé :</p>	<p>2° Après le même article L. 165-1-5, il est inséré un article L. 165-1-5-1 ainsi rédigé :</p>
⑫	<p>« Art. L. 165-1-5-1. - I. - La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p>	<p>« Art. L. 165-1-5-1. - I. - La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :</p>
⑬	<p>« 1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;</p>	<p>« 1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;</p>
⑭	<p>« 2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;</p>	<p>« 2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;</p>
⑮	<p>« 3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.</p>	<p>« 3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.</p>
⑯	<p>« Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque</p>	<p>« Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque</p>

⑰

l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.

l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.

⑱

« II. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

« II. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

⑲

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

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

Article 28 ter (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement

Article 28 ter

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement

Code de la santé publique

Art. L. 5121-10-2. – Pour un médicament biologique similaire défini au *a* du 15° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent au médicament biologique de référence. Le demandeur de l'autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de sa demande.

Lorsque l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché pour un médicament biologique similaire, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence.

Le directeur général de l'agence procède à l'inscription du médicament biologique similaire dans la liste de référence des groupes biologiques similaires prévue au *b* du même 15° au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique de référence. La commercialisation du

①

Article 29
I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement.

Article 29
I. – (*Alinéa sans modification*)

des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement.

Article 29
I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

médicament biologique similaire ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle du médicament biologique de référence, sauf accord du titulaire de ces droits.

Préalablement à la commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire informe le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des indications, formes pharmaceutiques et dosages du médicament biologique de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré.

Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à un médicament biologique de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies.

Le présent article, à l'exception du troisième alinéa, s'applique également aux médicaments présentant des caractéristiques communes par rapport à un médicament de référence mais ne répondant pas à la définition du médicament générique en raison de différences portant sur un ou plusieurs éléments de cette définition nécessitant que soient produites des données supplémentaires dans des conditions déterminées par voie

②

1° Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;

1° (*Alinéa sans modification*)

1° Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;

réglementaire.

Art. L. 5123-2. –

L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1, L. 5121-13 et L. 5121-14-1 ou bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments.

Les médicaments faisant l'objet des autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au premier alinéa du présent article.

L'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

③

2° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « , ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2, » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 » ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 » ;

④

3° Après l'article L. 5124-13-1, il est

3° (*Alinéa* sans

3° Après l'article L. 5124-13-1, il est

<p>inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 5124-13-2. – Une spécialité pharmaceutique faisant l’objet d’une distribution parallèle est une spécialité :</p> <p>« 1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par l’Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l’autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;</p> <p>« 2° Et importée d’un autre État membre ou partie à l’Espace Economique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l’autorisation de mise sur le marché. » ;</p> <p><i>Art. L. 5124-18. – Sont déterminés par décret en Conseil d’État :</i></p> <p>1° Les conditions dans lesquelles toute entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique doit être la propriété d’un pharmacien ou d’une société à la gérance ou à la direction de laquelle participe un pharmacien ;</p> <p>2° Les modalités d’exercice de la location-gérance prévue au premier alinéa de</p>	<p><i>modification)</i></p> <p>« Art. L. 5124-13-2. – (Alinéa <i>sans modification)</i></p> <p>« 1° (Alinéa <i>sans modification)</i></p> <p>« 2° Et importée d’un autre État membre ou partie à l’Espace économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l’autorisation de mise sur le marché ou autre que l’entreprise qui en assure l’exploitation en vue de sa commercialisation sur le territoire français. » ;</p>	<p>inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 5124-13-2. – Une spécialité pharmaceutique faisant l’objet d’une distribution parallèle est une spécialité :</p> <p>« 1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par l’Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l’autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;</p> <p>« 2° Et importée d’un autre État membre ou partie à l’Espace économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l’autorisation de mise sur le marché ou autre que l’entreprise qui en assure l’exploitation en vue de sa commercialisation sur le territoire français. » ;</p>
--	--	--

l'article L. 5124-2 ;

3° La durée et le contenu de l'expérience pratique appropriée dont doivent justifier les pharmaciens responsables et les pharmaciens délégués, selon les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5124-2 ;

4° Les modalités d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation d'ouverture d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-3 ;

5° Les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé fabriquant industriellement des médicaments au 31 décembre 1991, peuvent demander à bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 ;

6° Les conditions de remplacement prévu à l'article L. 5124-4 des pharmaciens responsables et des pharmaciens délégués en cas d'absence du titulaire ou s'ils font l'objet d'une interdiction d'exercer ;

7° Les conditions de la gérance d'un établissement pharmaceutique prévue à l'article L. 5124-4 en cas de décès du pharmacien propriétaire ;

8° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ;

9° Les modalités d'application des articles L. 1413-4, L. 5124-7 et L. 5124-8 et les adaptations qui pourront être apportées, en ce qui concerne les

établissements pharmaceutiques, aux second, troisième, et quatrième alinéas de l'article L. 5124-2 ;

10° Les conditions dans lesquelles peut être faite la publicité en faveur des établissements pharmaceutiques ;

11° Les règles régissant l'exportation des médicaments prévue à l'article L. 5124-11 ;

12° Les conditions dans lesquelles l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé autorise l'importation des médicaments prévue à l'article L. 5124-13 ;

13° Les sections de l'ordre auxquelles appartient le pharmacien mentionné à l'article L. 5124-15 et les conditions dans lesquelles ce pharmacien doit être assisté ou remplacé ;

14° Les conditions dans lesquelles les organismes à but non lucratif et les établissements publics autres que les établissements de santé peuvent bénéficier de l'autorisation visée à l'article L. 5124-3.

Art. L. 5125-23. – I.-
Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une

⑧

4° L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :

⑨

« 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2, ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

4° (*Alinéa sans modification*)

« 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

4° L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

dénomination commune
différente de la
dénomination commune
prescrite, qu'avec l'accord
exprès et préalable du
prescripteur, sauf en cas
d'urgence et dans l'intérêt
du patient.

II.-Si la prescription
libellée en dénomination
commune peut être
respectée par la délivrance
d'une spécialité figurant
dans un groupe générique
ou hybride mentionné au 5°
de l'article L. 5121-1, le
pharmacien délivre une
spécialité appartenant à ce
groupe dans le respect des
dispositions de
l'article L. 162-16 du code
de la sécurité sociale.

⑩

Par dérogation au I,
il peut délivrer par
substitution à la spécialité
prescrite une spécialité du
même groupe générique ou
du même groupe hybride, à
condition que le
prescripteur n'ait pas exclu
cette possibilité par une
mention expresse et
justifiée portée sur
l'ordonnance. Un arrêté des
ministres chargés de la
santé et de la sécurité
sociale, pris après avis de
l'Agence nationale de
sécurité du médicament et
des produits de santé,
précise les situations
médicales dans lesquelles
cette exclusion peut être
justifiée, notamment sur
l'ordonnance, ainsi que, le
cas échéant, les modalités
de présentation de cette
justification par le
prescripteur. Pour les
spécialités figurant sur
l'une des listes mentionnées
aux premier et deuxième
alinéas de
l'article L. 162-17 du code
de la sécurité sociale, cette
substitution s'effectue dans
les conditions prévues à

⑪

4° bis (nouveau) Le
deuxième alinéa du II de
l'article L. 5125-23 est
ainsi modifié :

a) Après la
deuxième phrase, est
insérée une phrase ainsi
rédigée : « Parmi ces
situations médicales,
certaines peuvent en outre
faire l'objet d'une
exclusion de substitution
par le pharmacien, même
lorsque le prescripteur n'a
pas exclu cette possibilité
sur l'ordonnance. » ;

4° bis Le deuxième
alinéa du II de
l'article L. 5125-23 est
ainsi modifié :

a) Après la
deuxième phrase, est
insérée une phrase ainsi
rédigée : « Parmi ces
situations médicales,
certaines peuvent en outre
faire l'objet d'une
exclusion de substitution
par le pharmacien, même
lorsque le prescripteur n'a
pas exclu cette possibilité
sur l'ordonnance. » ;

l'article L. 162-16 du même code.

⑫

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « ~~Cet arrêté~~ peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. » ;

b) Avant la dernière phrase, est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'arrêté mentionné au présent alinéa peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. » ;

Amdt n° 215

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride.

⑬

~~5° Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 sont abrogés.~~

5° (Alinéa sans modification)

5° Après le 3° de l'article L. 5125-23-3, il est inséré un 3° bis ainsi rédigé :

Amdt n° 202

Art. L. 5125-23-3. –
Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au médicament biologique prescrit, un médicament biologique similaire lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° Le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe

biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 ;

2° La substitution est réalisée en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même médicament biologique similaire ;

3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution ;

« 3° bis La substitution n'est pas exclue par une recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations agréées d'utilisateurs du système de santé, et publiée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 ; »

Amdt n° 202

⑭ II. – Le livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Code de la sécurité sociale

⑮ 1° Au premier alinéa de l'article L. 138-1 :

1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est ainsi modifié :

Art. L. 138-1. – Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et

⑯ a) Après les mots : « de spécialités pharmaceutiques » sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

a) Après la première occurrence du mot : « pharmaceutiques », sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

a) Après la première occurrence du mot : « pharmaceutiques », sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

L5124-18 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.

⑰

b) Les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code » ;

⑱

2° Au titre de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après les mots : « l'exploitation », sont insérés les mots « , l'importation parallèle et la distribution parallèle » ;

⑲

3° Au I de l'article L. 138-10 :

⑳

Art. L. 138-10. – I.
Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés

a) Après les mots : « l'exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

b) Les mots : « du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dudit code » ;

2° À l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

3° Le I de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

b) Les mots : « du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dudit code » ;

2° À l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

3° Le I de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code, est supérieur à un montant M, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

⑰ b) Les mots : « et L. 5124-2 » sont remplacés par les mots : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;

b) La référence : « et L. 5124-2 » est remplacée par les références : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;

b) La référence : « et L. 5124-2 » est remplacée par les références : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;

.....
...

Art. L. 138-13. –
Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la

⑱ 4° Au premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;

contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.

Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Art. L. 162-16. – I.–

Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 5123-1 du code

de la santé publique.

II.- Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

Les dispositions du III du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.

III.-La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :

1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du même code ;

2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.

Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.

Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.

IV.-Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II du présent article.

V.- Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une

②

5° Le V de l'article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est abrogé ;

5° (Alinéa sans modification)

5° Le V de l'article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est abrogé ;

dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.

.....
....

Art. L. 162-16-4. –

I. – Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Le cas échéant, s'ajoutent aux prix de vente au public des médicaments les honoraires de dispensation définis par la convention nationale prévue

②4 6° A
l'article L. 162-16-4 :

②5 a) Au premier alinéa du I, après les mots : « exploitant le médicament » sont insérés les mots : « l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

6° L'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, après le mot : « médicament », sont insérés les mots : « , l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

6° L'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, après le mot : « médicament », sont insérés les mots : « , l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

à l'article L. 162-16-1, y compris ceux de ces honoraires pratiqués, dans des conditions et limites fixées par décret, lorsque les médicaments délivrés ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :

1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;

2° Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à

l'article L. 441-3 du code de commerce ;

4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;

5° Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;

6° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret.

.....
 ...

<p>②6</p>	<p>b) Le II est complété par un 7° ainsi rédigé :</p>	<p>b) (Alinéa <i>sans modification</i>)</p>	<p>b) Le II est complété par <u>des 7° et 8° ainsi rédigés</u> :</p>
<p>②7</p>	<p>« 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. » ;</p>	<p>« 7° (Alinéa <i>sans modification</i>)</p>	<p>« 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. » ;</p>
			<p><u>« 8° (nouveau) En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés. »</u></p>

⑳

7° Après
l'article L. 162-16-4-1, sont
insérés deux articles ainsi
rédigés :

㉑

« Art. L. 162-16-4-2
. – Le prix de cession des
préparations magistrales et
des préparations
hospitalières, définies au 1°
et au 2° de
l'article L. 5121-1 du code
de la santé publique, pour
la nutrition parentérale à
domicile, prises en charge
par les organismes
d'assurance maladie
lorsqu'elles sont délivrées
par certains établissements
de santé mentionnés à
l'article L. 162-22-6 du
présent code, est fixé par
arrêté des ministres chargés
de la santé et de la sécurité
sociale. Le prix peut
notamment être différent
selon des catégories de
préparations définies après
avis de la commission
mentionnée à
l'article L. 5123-3 du code
de la santé publique.

㉒

« Les préparations
magistrales et les
préparations hospitalières
relevant du premier alinéa
sont définies
respectivement comme des
mélanges individualisés ou
standardisés de nutrition
parentérale indiqués aux
enfants ou aux adultes.

㉓

« Un décret en
Conseil d'État détermine
les conditions d'application
du présent article et
notamment les catégories
de préparations, les
procédures et délais de
fixation des prix, les
critères de fixation des prix,
les règles selon lesquelles
certaines préparations pour
nutrition parentérale à
domicile peuvent être
prises en charge par

7° Après
l'article L. 162-16-4-1, sont
insérés des articles
L. 162-16-4-2 et
L. 162-16-4-3 ainsi
rédigés :

« Art. L. 162-16-4-2
. – Le prix de cession des
préparations magistrales et
des préparations
hospitalières, définies
aux 1° et 2° de
l'article L. 5121-1 du code
de la santé publique, pour
la nutrition parentérale à
domicile, prises en charge
par les organismes
d'assurance maladie
lorsqu'elles sont délivrées
par certains établissements
de santé mentionnés à
l'article L. 162-22-6 du
présent code, est fixé par
arrêté des ministres chargés
de la santé et de la sécurité
sociale. Le prix peut
notamment être différent
selon des catégories de
préparations définies après
avis de la commission
mentionnée à
l'article L. 5123-3 du code
de la santé publique.

« Les préparations
magistrales et les
préparations hospitalières
relevant du premier alinéa
du présent article sont
définies respectivement
comme des mélanges
individualisés ou
standardisés de nutrition
parentérale indiqués aux
enfants ou aux adultes.

« Un décret en
Conseil d'État détermine
les conditions d'application
du présent article,
notamment les catégories
de préparations, les
procédures et délais de
fixation des prix, les
critères de fixation des prix,
les règles selon lesquelles
certaines préparations pour
nutrition parentérale à
domicile peuvent être
prises en charge par

7° Après
l'article L. 162-16-4-1, sont
insérés des articles
L. 162-16-4-2 et
L. 162-16-4-3 ainsi
rédigés :

« Art. L. 162-16-4-2
. – Le prix de cession des
préparations magistrales et
des préparations
hospitalières, définies
aux 1° et 2° de
l'article L. 5121-1 du code
de la santé publique, pour
la nutrition parentérale à
domicile, prises en charge
par les organismes
d'assurance maladie
lorsqu'elles sont délivrées
par certains établissements
de santé mentionnés à
l'article L. 162-22-6 du
présent code, est fixé par
arrêté des ministres chargés
de la santé et de la sécurité
sociale. Le prix peut
notamment être différent
selon des catégories de
préparations définies après
avis de la commission
mentionnée à
l'article L. 5123-3 du code
de la santé publique.

« Les préparations
magistrales et les
préparations hospitalières
relevant du premier alinéa
du présent article sont
définies respectivement
comme des mélanges
individualisés ou
standardisés de nutrition
parentérale indiqués aux
enfants ou aux adultes.

« Un décret en
Conseil d'État détermine
les conditions d'application
du présent article,
notamment les catégories
de préparations, les
procédures et délais de
fixation des prix, les
critères de fixation des prix,
les règles selon lesquelles
certaines préparations pour
nutrition parentérale à
domicile peuvent être
prises en charge par

	<p>l'assurance maladie ou exclues de celle-ci, ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.</p>	<p>l'assurance maladie ou exclues de celle-ci ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.</p>	<p>l'assurance maladie ou exclues de celle-ci ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.</p>
32	<p>« Art. L. 162-16-4-3 . – I. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes :</p>	<p>« Art. L. 162-16-4-3 . – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 162-16-4-3 . – (Supprimé)</p>
33	<p>« 1° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des prix de produits de santé comparables ;</p>	<p>« 1° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés ou au regard des prix de produits de santé comparables ;</p>	
34	<p>« 2° Dans le cas de produits de santé, qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements. »</p>	<p>« 2° Dans le cas de produits de santé qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements. »</p>	
35	<p>« II. – Le prix maximal mentionné au I est fixé, après que l'entreprise exploitant le produit a été mise en mesure de présenter ses observations :</p>	<p>« II. – Le prix maximal prévu au I est fixé, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations :</p>	
36	<p>« 1° Pour les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article ;</p>	<p>« 1° Pour les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés à la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des</p>	

Amdt n° 203

Art. L. 162-16-5. –
I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue au 1° l'article L. 5126-6 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait

③7 « 2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, dans les conditions prévues au II du même article.

③8 « III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

③9 8° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, après la première occurrence des mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

~~critères prévus au II du même article L. 162-16-4 ;~~

~~« 2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés au dernier alinéa du I de l'article L. 165-2. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des critères prévus au II du même article L. 165-2.~~

~~« III. – (Alinéa sans modification)~~

8° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la première occurrence du mot : « ou » est remplacé par les mots : « , faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant » ;

8° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la première occurrence du mot : « ou » est remplacé par les mots : « , faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant » ;

sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision.

Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article.

La marge mentionnée au premier alinéa du I du présent article peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité.

Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, tant que le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code

de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II.-Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I.

III.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de cession fixé en application du premier alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.

IV.-La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application

du III du présent article est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié.

Art. L. 162-16-6. –

I.-Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 sont fixés par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publiés par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée aux mêmes articles ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements sont fixés et publiés par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif et au prix limite publiés par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements dans un délai de quinze jours après cette publication.

(40)

9° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après les mots : « entre l'entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou leur distribution parallèle » ;

9° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après la première occurrence du mot : « entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle » ;

9° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après la première occurrence du mot : « entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle » ;

.....
...

Art. L. 162-16-7. –

Un accord national conclu entre l'Union nationale des

caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette

(41)

9° bis (nouveau) — À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « ou égal » sont supprimés ;

9° bis (*Supprimé*)

Amdt n° 210

disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, dans les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Art. L. 162-17. –

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

④

10° Au premier alinéa de l'article L. 162-17, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

10° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, la référence : « L. 601 » est remplacée par la référence : « L. 5121-8 » et, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

10° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, la référence : « L. 601 » est remplacée par la référence : « L. 5121-8 » et, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

Art. L. 162-17-3. –

I.-Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Il met en œuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application

de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4.

Les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations fixés par le comité sont publiés au Journal officiel de la République française.

.....
...

Art. L. 162-17-3-1. –

I.-Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels. Par dérogation au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les conditions d'application du présent I, notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées par décret.

II.-Les systèmes d'information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d'informations ou

④

11° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « Journal officiel de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;

④

12° L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :

11° À la fin du troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « Journal officiel de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;

12° (*Alinéa sans modification*)

11° À la fin du troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « Journal officiel de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;

12° L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :

l'information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont mis à la disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres ou de l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent II.

④

« III. – Les informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé. » ;

« III. – (*Alinéa sans modification*)

« III. – Les informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé. » ;

Art. L. 162-17-4. –

En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et au premier et deuxième alinéas l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces

conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

1° Le prix mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ce prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

.....
...

Art. L. 162-17-5. –

Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les

(46)

13° Le 1° de l'article L. 162-17-4 abrogé ;

est

13° (*Alinéa sans modification*)

13° Le 1° de l'article L. 162-17-4 abrogé ;

est

médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations.

Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

Art. L. 162-17-7. –

S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.

Les modalités d'application du présent article, notamment la nature

(47)

14° Au second alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments, » ;

(48)

15° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après les mots : « le médicament », sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

14° Au second alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments » ;

15° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après la deuxième occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

14° Au second alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments » ;

15° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après la deuxième occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

des informations concernées, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'État.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Art. L. 162-18. – I.-
Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.

Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.

Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des

④9

16° A
l'article L. 162-18 :

⑤0

a) Au premier alinéa du I, après les mots : « qui exploitent », sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assure la distribution parallèle d' » ;

16° L'article L. 162
-18 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « exploitent », sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d' » ;

16° L'article L. 162
-18 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « exploitent », sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d' » ;

spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires.

⑤1

b) Au II :

b) Le II est ainsi modifié :

b) Le II est ainsi modifié :

II.-Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.

⑤2

– le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

– le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

<p>⑤3</p>	<p>– les mots : « Pour les spécialités susceptibles d’être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d’autres médicaments » sont remplacés par les mots : « Pour :</p>	<p>« II. – Pour :</p>	<p>« II. – Pour :</p>
<p>⑤4</p>	<p>« 1° Les spécialités susceptibles d’être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d’autres médicaments ;</p>	<p>« 1° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« 1° Les spécialités susceptibles d’être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d’autres médicaments ;</p>
<p>⑤5</p>	<p>« 2° Les spécialités bénéficiant d’une autorisation d’importation parallèle en application de l’article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l’objet d’une distribution parallèle au sens de l’article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières ; » ;</p>	<p>« 2° Les spécialités bénéficiant d’une autorisation d’importation parallèle en application de l’article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l’objet d’une distribution parallèle au sens de l’article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p>	<p>« 2° Les spécialités bénéficiant d’une autorisation d’importation parallèle en application de l’article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l’objet d’une distribution parallèle au sens de l’article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières,</p>
<p>⑤6</p>		<p>« le remboursement par l’assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l’une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l’article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l’article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l’un des critères prévus aux I ou II de l’article L. 162-16-4,</p>	<p>« le remboursement par l’assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l’une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l’article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l’article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l’un des critères prévus aux I ou II de l’article L. 162-16-4,</p>

Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.

57

– après les mots : « ces spécialités », sont insérés les mots : « , qui assurent leur importation parallèle ou qui assure leur distribution parallèle » ;

appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article. » ;

– au second alinéa, après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « , assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle » ;

appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article. » ;

– au second alinéa, après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « , assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle » ;

~~– après les mots : « exploitant la spécialité », sont insérés les mots : « , assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle, » ;~~

(Alinéa supprimé)

.....
...

Art. L. 162-22-7. –
I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation

58

17° A
l'article L. 162-22-7, après les mots : « de l'autorisation de mise sur le marché », sont insérés les mots : « de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

17° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après la première occurrence du mot : « marché », sont insérés les mots : « , de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

17° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après la première occurrence du mot : « marché », sont insérés les mots : « , de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

mentionnées à
l'article L. 162-22-6.

Art. L. 245-1. – II
est institué au profit de la
caisse nationale de
l'assurance maladie une
contribution des entreprises
assurant l'exploitation en
France, au sens des articles
L5124-1, L5124-2, L5136-2
et L5124-18 du code de la
santé publique, d'une ou
plusieurs spécialités
pharmaceutiques donnant
lieu à remboursement par
les caisses d'assurance
maladie en application des
premier et dernier alinéas
de l'article L. 162-17 du
présent code ou des
spécialités inscrites sur la
liste des médicaments
agréés à l'usage des
collectivités.

Art. L. 245-2. – I.-
La contribution est assise
sur les charges
comptabilisées au cours du
ou des exercices clos depuis
la dernière échéance au
titre :

1° Des
rémunérations de toutes
natures, y compris
l'épargne salariale ainsi que
les charges sociales et
fiscales y afférentes, des
personnes mentionnées au
premier alinéa de
l'article L. 5122-11 du code
de la santé publique,
qu'elles soient ou non

⑤9

18° A
l'article L. 245-1, après les
mots : « entreprises
assurant l'exploitation en
France, au sens des articles
L. 5124-1, L. 5124-2,
L. 5136-2 et L. 5124-18 du
code de la santé publique »,
sont insérés les mots : « ,
bénéficiant d'une
autorisation d'importation
parallèle en application de
l'article L. 5124-13 du
même code ou assurant la
distribution parallèle au
sens de
l'article L. 5124-13-2 du
même code, » ;

⑥0

19° Au 1° du I de
l'article L. 245-2, après les
mots : « l'exploitation »,
sont insérés les mots : « , à
l'importation parallèle ou à
la distribution parallèle » ;

17° bis (nouveau)
Après le 8° du II de
l'article L. 165-2, il est
inséré un alinéa ainsi
rédigé :

Amdt n° 203

« 9° Le caractère
particulièrement coûteux
pour certains
établissements de certains
produits de santé, à titre
unitaire ou compte tenu de
leur volume global. » :

Amdt n° 203

18° À
l'article L. 245-1, après le
mot : « publique, », sont
insérés les mots :
« bénéficiant d'une
autorisation d'importation
parallèle en application de
l'article L. 5124-13 du
même code ou assurant la
distribution parallèle, au
sens de
l'article L. 5124-13-2 dudit
code, » ;

19° À la seconde
phrase du 1° du I de
l'article L. 245-2, après le
mot : « exploitation », sont
insérés les mots : « , à
l'importation parallèle ou à
la distribution parallèle » ;

18° À
l'article L. 245-1, après le
mot : « publique, », sont
insérés les mots :
« bénéficiant d'une
autorisation d'importation
parallèle en application de
l'article L. 5124-13 du
même code ou assurant la
distribution parallèle, au
sens de
l'article L. 5124-13-2 dudit
code, » ;

19° À la seconde
phrase du 1° du I de
l'article L. 245-2, après le
mot : « exploitation », sont
insérés les mots : « , à
l'importation parallèle ou à
la distribution parallèle » ;

salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites 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 ;

.....
...

Art. L. 245-6. – I.-II est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

II.-La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et

⑥1

20° L'article L. 245 -6 est ainsi modifié :

⑥2

a) Au I, après les mots : « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « , bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

20° (*Alinéa sans modification*)

a) Au I, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

20° L'article L. 245 -6 est ainsi modifié :

a) Au I, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;

3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

4° D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

III.-Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

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

2° Les médicaments orphelins désignés comme

⑥

b) Le 4° du II est abrogé ;

b) (*Alinéa sans modification*)

b) Le 4° du II est abrogé ;

tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ;

3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.

IV.-Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger.

V.-Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %.

VI.-Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance

⑥4

c) Au VI, après les mots : « du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ».

c) Au VI, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, ».

c) Au VI, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, ».

maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

.....

....

⑥5

III. – A. –
L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

⑥6

B. – Les 11^o et 12^o du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} mars 2022.

①

III. – A. –
L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

B. – (*Alinéa sans modification*)

Article 29 bis (nouveau)

I. – À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles.

②

II. – Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production,

III. – A. –
L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

B. – Les 11^o et 12^o du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Article 29 bis

I. – À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles. Un registre de suivi des patients inclus dans l'expérimentation permet la collecte de données d'évaluation en vie réelle.

Amdt n° 173

II. – Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production,

<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;"><i>Art. L. 5121-12. – I.</i></p> <p>— Les articles L. 5121-8 et L. 5121-9-1 ne font pas obstacle à l'utilisation, à titre exceptionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, destinés à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée et que l'une des conditions suivantes est remplie :</p>	<p style="text-align: center;">③</p> <p style="text-align: center;">①</p> <p style="text-align: center;">Article 30</p> <p>I. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.</p> <p style="text-align: center;">III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation ainsi que sur les dépenses engagées. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p style="text-align: center;">Article 30</p> <p>I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.</p> <p style="text-align: center;">III. – Dans un délai de <u>deux</u> mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation ainsi que sur les dépenses engagées. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p style="text-align: right;">Amdt n° 173</p> <p style="text-align: center;">Article 30</p> <p>I. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>
---	---	---	--

1° L'efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'autorisation de mise sur le marché qui a été déposée ou que l'entreprise intéressée s'engage à déposer dans un délai déterminé, dont la valeur maximale est fixée par décret ;

2° Ces médicaments, le cas échéant importés, sont prescrits, sous la responsabilité d'un médecin, à un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche impliquant la personne humaine dès lors qu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice pour lui et que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques. Le médecin prescripteur doit justifier que le patient, son représentant légal ou la personne de confiance qu'il a désignée en application de l'article L. 1111-6 a reçu une information adaptée à sa situation sur l'absence d'alternative thérapeutique, les risques courus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

②

A. – A
l'article L. 5121-12 :

③

1° Au 2° du I :

④

a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;

⑤

b) Après les mots : « pour lui », sont insérés les mots : « , qu'en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves

A. –

L'article L. 5121-12 est ainsi modifié :

1° La première phrase du 2° du I est ainsi modifiée :

a) (Alinéa sans modification)

b) Après le mot : « lui », sont insérés les mots : « , que des conséquences graves pour ce patient sont fortement

A. –

L'article L. 5121-12 est ainsi modifié :

1° La première phrase du 2° du I est ainsi modifiée :

a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;

b) Après le mot : « lui », sont insérés les mots : « , que des conséquences graves pour ce patient sont fortement

<p>III. — Une demande au titre du 2° du I n'est recevable que si l'une des conditions suivantes est remplie :</p> <p>1° Le médicament a fait l'objet d'une demande au titre du 1° du même I ;</p> <p>2° Le médicament a fait l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché mentionnée à l'article L. 5121-8 ou d'une demande d'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;</p> <p>3° Des essais cliniques sont conduits en France ou une demande d'essai clinique a été déposée ;</p> <p>4° Le titulaire des droits d'exploitation s'engage à déposer, dans un délai déterminé par l'agence, une des demandes mentionnées aux 1° et 2° du présent III.</p> <p>En cas de rejet de l'une de ces demandes, l'autorisation mentionnée</p>	<p>pour ce patient sont fortement probables » ;</p> <p>⑥ c) Après les mots : « sécurité sont », il est inséré le mot : « fortement » ;</p> <p>⑦ 2° Au III :</p> <p>⑧ a) Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « A » ;</p> <p>⑨ b) Le 1° et le 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;</p> <p>⑩ c) Au 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;</p>	<p>probables en l'état des thérapeutiques disponibles » ;</p> <p>c) (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>2° Le III est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;</p> <p>b) Les 1° et 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;</p> <p>c) À la fin du 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;</p>	<p>probables en l'état des thérapeutiques disponibles » ;</p> <p>c) Après les mots : « sécurité sont », il est inséré le mot : « fortement » ;</p> <p>2° Le III est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;</p> <p>b) Les 1° et 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;</p> <p>c) À la fin du 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;</p>
---	--	---	--

au 2° du I accordée sur son fondement est retirée pour les indications thérapeutiques sollicitées dans la demande.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ⑪ | d) Au 4°, après les mots : « par l'agence », sont insérés les mots : « dont la valeur maximale est fixée par décret » et la référence au III est remplacée par la référence au A ; | d) Après le mot : « présent », la fin du 4° est ainsi rédigée : « A. La valeur maximale de ce délai est fixé par décret ; » | d) Après le mot : « présent », la fin du 4° est ainsi rédigée : « A. La valeur maximale de ce délai est fixé par décret ; » |
| ⑫ | e) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé : | e) Après le même 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé : | e) Après le même 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé : |
| ⑬ | « 5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie. » ; | « 5° (<i>Alinéa sans modification</i>) | « 5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique, <u>compatible avec la poursuite efficace du traitement</u> , prise en charge par l'assurance maladie. » ; |
| ⑭ | f) Le III est complété par un B ainsi rédigé : | f) Il est ajouté un B ainsi rédigé : | f) Il est ajouté un B ainsi rédigé : |
| ⑮ | « B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies : | « B. – (<i>Alinéa sans modification</i>) | « B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies : |
| ⑯ | « 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du 2° du I pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; | « 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; | « 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil <u>établi en fonction du nombre cible de patients pour l'indication thérapeutique considérée et</u> fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; |

Amdt n° 213

Amdt n° 204

	<p>⑰ « 2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;</p>	<p>« 2° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 2° (Supprimé) Amdt n° 204</p>
	<p>⑱ « 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.</p>	<p>« 3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.</p>
	<p>⑲ « Au-delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I. » ;</p>	<p>« Au delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I. » ;</p>	<p>« Au delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I. » ;</p>
	<p>⑳ 3° Au IV :</p>	<p>3° Le IV est ainsi rédigé :</p>	<p>3° Le IV est ainsi rédigé :</p>
<p>IV. — Par dérogation aux dispositions du III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée dans l'un des cas suivants :</p> <p>1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ;</p> <p>2° Lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il</p>	<p>⑳ « IV. — Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée. » ;</p>	<p>« IV. — Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée. » ;</p>	<p>« IV. — Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée. » ;</p>

existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée ;

3° Si, dans l'indication thérapeutique sollicitée, le titulaire des droits d'exploitation du médicament s'est vu refuser une demande pour un médicament mentionné au 1° du I ou si une demande d'autorisation d'essai clinique mentionnée au III a été refusée, sous condition d'une information du patient et du praticien sur les motifs du refus de la demande et sous réserve d'un bénéfice individuel pour le patient.

V. — Sauf si elle est accordée conformément au IV, l'autorisation est subordonnée à la conclusion, entre l'agence et le titulaire des droits d'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations concernant l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament ainsi autorisé.

Ce recueil d'informations concerne notamment les personnes appartenant à des populations non 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.

Pour les médicaments autorisés au titre du même IV, les prescripteurs transmettent à l'agence, à l'expiration de l'autorisation et, le cas

échéant, à l'occasion de chaque renouvellement, des données de suivi des patients traités. La nature de ces données est précisée par l'autorisation.

Ces autorisations peuvent également être subordonnées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à la mise en place d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations.

VI. —

L'autorisation mentionnée au II peut être suspendue ou retirée si les conditions prévues au présent article ne sont plus remplies ou pour des motifs de santé publique.

~~a) Avant les mots : « du III », sont insérés les mots : « du A du III et sans préjudice des dispositions du B » ;~~

~~b) Les mots : « dans l'un des cas suivants :~~

~~« 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ;~~

~~« 2° Lorsque » sont remplacés par le mot : « lorsque » ;~~

~~e) Le 3° est supprimé.~~

Art. L. 5121-20. —

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

.....
...

8° Les modalités de présentation des demandes

②

B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les

B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les

B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les

tendant à obtenir l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes, ainsi que les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations ;

.....
...

②

mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ».

II. – La section 4 du chapitre II du titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation ».

II. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation ».

II. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-16-5-1. –

I.-Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique prises en charge selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations.

Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits

d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

II.-Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

Par dérogation au premier alinéa du présent II, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent II, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent II. Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées.

III.-Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à

- | | | | |
|----|---|--|--|
| ②4 | A. – A
l'article L. 162-16-5-1 : | A. –
L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié : | A. –
L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié : |
| ②5 | 1° Au III : | 1° Le III est ainsi modifié : | 1° Le III est ainsi modifié : |
| ②6 | a) Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « A » ; | a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ; | a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ; |

l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en

application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre de cette même période ;

2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent III.

②7

a bis) (nouveau) Au dernier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « A » ;

a bis) Au dernier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « A » ;

②8

b) Après le dernier alinéa, sont ajoutées les dispositions suivantes :

b) Sont ajoutés des B et C ainsi rédigés :

b) Sont ajoutés des B et C ainsi rédigés :

②9

« B. – 1° 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 ;

« B. – 1. 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.

« B. – 1. 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.

③0

« 2° Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1° 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

« 2. Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 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

« 2. Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 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

<p>V.-Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle</p>	<p>desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :</p> <p>③1 « a) 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 1° ;</p> <p>③2 « b) 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 du 1°, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.</p> <p>③3 « C. – Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication. » ;</p> <p>③4 2° Au deuxième alinéa du V :</p>	<p>desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :</p> <p>« a) 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 1 ;</p> <p>« b) 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 du 1, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.</p> <p>« C. – (Alinéa sans modification)</p> <p>2° Le V est ainsi modifié :</p>	<p>desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :</p> <p>« a) 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 1 ;</p> <p>« b) 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 du 1, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.</p> <p>« C. – Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication. » ;</p> <p>2° Le V est ainsi modifié :</p>
--	---	--	--

une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.

35

a) Après les mots : « l'objet », sont insérés les mots : « 1° Ou bien » ;

36

b) L'alinéa est complété par un 2° ainsi rédigé :

37

« 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou au titre du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. ».

38

.....
....

Art. L. 162-16-5-1-1

. – I.-Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une

a) Après le mot : « objet », la fin du deuxième alinéa est supprimée ;

b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;

« 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

a) Après le mot : « objet », la fin du deuxième alinéa est supprimée ;

b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;

« 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

pharmacie à usage intérieur.

Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

II.-Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'État.

③9

B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après les mots : « médicament considéré », sont insérés les mots : «, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article, ».

B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après le mot : « considéré », sont insérés les mots : «, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ».

B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après le mot : « considéré », sont insérés les mots : «, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ».

④0

III. – A. – Les dispositions du I, du 2° du A du II et du B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Les dispositions du A du I, du 2° du A du II et du B du II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date, ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment des autorisations délivrées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise

III. – A. – Le I ainsi que le 2° du A et le B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Le A du I, le 2° du A du II et le B du même II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment de celles déposées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.

III. – A. – Le I ainsi que le 2° du A et le B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Le A du I, le 2° du A du II et le B du même II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment de celles déposées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.

	en charge.		
④1	B. – Les dispositions du 2° du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables :	B. – Le 2 du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable :	B. – Le 2 du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable :
④2	1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi ;	1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure à la date de publication de la présente loi ;	1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure à la date de publication de la présente loi ;
④3	2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.	2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, dans une indication considérée, à la date de publication de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.	2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, dans une indication considérée, à la date de publication de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.
④4	C. – Les dispositions du C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas des dispositions du V de l'article L. 162-16-5-1, dans sa rédaction issue du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que	C. – Le C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas du V de l'article L. 162-16-5-1 dudit code, dans sa rédaction résultant du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que	C. – Le C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas du V de l'article L. 162-16-5-1 dudit code, dans sa rédaction résultant du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que

cette prise en charge soit effective à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou postérieurement.

D. –

L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1, dans sa rédaction issue de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 du même code, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

④

cette prise en charge soit effective à la date de publication de la présente loi ou à une date postérieure.

D. –

L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 dudit code à la date de publication de la présente loi.

cette prise en charge soit effective à la date de publication de la présente loi ou à une date postérieure.

D. –

L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 dudit code à la date de publication de la présente loi.

Article 30 bis (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent I, en l'absence de données cliniques suffisantes et pertinentes pour l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu par un médicament présentant une efficacité et une sécurité présumées et répondant à un besoin thérapeutique majeur au regard des alternatives existantes, la fixation du prix de ce médicament peut tenir compte, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une évaluation de sa valeur thérapeutique relative, dans les conditions définies par le décret prévu au III du présent article. La convention mentionnée au même premier alinéa fixe les conditions de réévaluation périodique, dans un délai maximal de deux ans, de cette valeur

thérapeutique relative et du prix du médicament ainsi que les conditions de remboursement à la caisse nationale d'assurance maladie par l'entreprise qui exploite le médicament de tout ou partie de la différence entre les montants remboursés et les montants qui auraient résulté de l'application du prix révisé. L'inscription du médicament sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 ou L. 162-22-7 est conditionnée à la présentation par l'entreprise qui exploite le médicament de données cliniques et de vie réelle permettant de procéder à la réévaluation périodique de sa valeur thérapeutique relative. »

Amdt n° 149

Article 31

I. – *(Supprimé)*

Amdt n° 174

Article 31

I. – ~~Le 2° de l'article L. 1413-12 du code de la santé publique est ainsi rétabli :~~

~~« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; »~~

Article 31

I. – A
l'article L. 1413-12 du code de la santé publique, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; »

①

②

Code de la santé publique

Art. L. 5321-2. –

Les ressources de l'agence sont constituées notamment : 1° Par une subvention de l'État ;

2° Par des subventions des collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

3° Par des produits divers, dons et legs ;

4° Par des emprunts.

L'agence ne peut recevoir des dons des personnes dont elle contrôle l'activité.

L'agence peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par le conseil d'administration.

③

II. – A l'article L. 5321-2 du même code :

~~1° Au 4°, les mots : « des emprunts. » sont remplacés par les mots : « des emprunts ; »~~

~~2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :~~

④

« 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

CHAPITRE 2

Améliorer l'accès aux soins

Article 32

①

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du I de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :

②

1° Dans l'intitulé du titre VI, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé », sont supprimés ;

II. – Après le 4° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

1° (*Alinéa supprimé*)

2° (*Alinéa supprimé*)

« 5° (*Alinéa sans modification*) »

CHAPITRE II

Améliorer l'accès aux soins

Article 32

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

II. – Après le 4° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

CHAPITRE II

Améliorer l'accès aux soins

Article 32

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 861-3. – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit à

la prise en charge, après application, le cas échéant, de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles dont elles bénéficient :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'État afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de

③

2° A
l'article L. 861-3 :

④

a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensés de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;

⑤

b) Au huitième alinéa, les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;

⑥

c) Le huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

2° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensées de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;

b) (*Alinéa sans modification*)

c) Le même huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;

2° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensées de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;

b) Au huitième alinéa, les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;

c) Le même huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;

la procédure.

Le décret mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5.

~~« Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;~~

⑦ 3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article ainsi rédigé :

⑧ « Art. L. 861-4-1. – Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'elle bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, elle obtient à sa demande :

⑨ « 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste

3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article L. 861-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 861-4-1. – (Alinéa sans modification)

« 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste

3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article L. 861-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 861-4-1. – Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'elle bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, elle obtient à sa demande :

« 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste

<p>Art. L. 861-5. – La demande de protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur. Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice</p>	<p>prévue à l'article L. 861-7 ;</p> <p>⑩ « 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste susmentionnée. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue par l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.</p> <p>⑪ « Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.</p> <p>⑫ « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;</p> <p>⑬ 4° Au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, après les mots : « au premier jour du mois de dépôt de la demande, », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si elle lui est postérieure, » et les mots : « Le bénéfice de cette protection » sont remplacés par les mots : « Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;</p>	<p>prévue à l'article L. 861-7 du présent code ;</p> <p>« 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue à l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.</p> <p>(Alinéa sans modification)</p> <p>4° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :</p>	<p>prévue à l'article L. 861-7 du présent code ;</p> <p>« 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue à l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.</p> <p>« Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou parties de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.</p> <p>« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;</p> <p>4° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :</p>
---	---	---	---

des prestations mentionnées à l'article L. 861-3.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service des prestations sociales et familiales.

⑭

⑮

La décision est notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8.

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

« Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. » ;

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

« Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. » ;

Amdt n° 148

En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

⑩

La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de cette prise en charge est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

⑪

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

⑫

Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une

⑬

b) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

b) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

– à la troisième phrase, après le mot : « demande, », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, » ;

– à la dernière phrase, les mots : « cette protection » sont remplacés par les mots : « la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;

– à la troisième phrase, après le mot : « demande, », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, » ;

– à la dernière phrase, les mots : « cette protection » sont remplacés par les mots : « la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;

des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.

⑳

5° L'article L. 861-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

㉑

Art. L. 861-8. – Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions du même quatrième alinéa. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1.

㉒

㉓

« Les organismes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 861-7 sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;

Art. L. 861-11. – La participation financière mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est due à

5° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :

a) (nouveau) À la première phrase, les deux occurrences du mot : « quatrième » sont remplacées par le mot : « cinquième » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

5° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les deux occurrences du mot : « quatrième » sont remplacées par le mot : « cinquième » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 861-7 sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;

l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Il peut être adapté pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du présent code pour une personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en Conseil d'État.

En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquiesce pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'État.

A l'expiration de ce délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de

l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées.

L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence :

1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ;

2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.

Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé.

Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'État.

②4

6° Au 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;

6° À la fin du 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;

6° À la fin du 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;

②5

7° Après l'article L. 861-11, il est ajouté un article L. 861-12 ainsi rédigé :

7° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-12 ainsi rédigé :

7° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-12 ainsi rédigé :

②6

« Art. L. 861-12. – A l'expiration de son droit

« Art. L. 861-12. – À l'expiration de son droit

« Art. L. 861-12. – À l'expiration de son droit

à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.

②7

Ce tarif peut être adapté par décret pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.

« Ce tarif peut être adapté par décret pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.

« Ce tarif peut être adapté par décret pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 862-1. – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 .

②8

8° A
l'article L. 862-1 :

②9

a) Au deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;

8° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;

8° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;

Ce fonds, dénommé : " Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire ", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'État, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment trois députés et trois sénateurs, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des

représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

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.

Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

Art. L. 862-2. – Les dépenses du fonds sont constituées :

a) 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. Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire.

③0

b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaires » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa » ;

③1

9° La deuxième phrase du *a* de l'article L. 862-2 est remplacée par les dispositions suivantes :

b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaire » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa du présent article » ;

9° La seconde phrase du premier alinéa du *a* de l'article L. 862-2 est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « 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. 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

b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaire » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa du présent article » ;

9° La seconde phrase du premier alinéa du *a* de l'article L. 862-2 est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « 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. 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

Le fonds 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 ;

b) Par les frais de gestion administrative du fonds.

Les modalités d'application du *a* sont précisées par décret.

~~« 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. 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. »~~

arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;

arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;

Art. L. 863-3. –
L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce

③

10° (*nouveau*) À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 863-3, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

10° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 863-3, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

**Loi n° 89-1009 du
31 décembre 1989
renforçant les
garanties offertes aux
personnes assurées
contre certains
risques.**

Art. 6-1. – A

l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel

elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté.

Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 6-2. –

Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en

une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.

Art. 6-3. – Lorsque les personnes mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux six premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au *b* de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale.

③

II. – Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques sont abrogés.

II. – (*Alinéa sans modification*)

II. – Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques sont abrogés.

③4	<p>III. – A. – Les dispositions du 7° du I s'appliquent aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>III. – A. – Le 7° du I du présent article s'applique aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>III. – A. – Le 7° du I du présent article s'applique aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020.</p>
③5	<p>B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont, respectivement, le droit de se voir proposer les contrats prévus par :</p>	<p>B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont le droit de se voir proposer les contrats respectivement prévus à :</p>	<p>B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont le droit de se voir proposer les contrats respectivement prévus à :</p>
③6	<p>1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques dans sa rédaction en vigueur avant l'entrée en vigueur de la présente loi ;</p>	<p>1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;</p>	<p>1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;</p>
③7	<p>2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019.</p>	<p>2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019.</p>	<p>2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019.</p>
①	<p>Article 33 I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Article 33 I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>Article 33 I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>

Code de la sécurité sociale

Art. L. 160-14. – La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou

supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;

4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation

de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;

7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;

11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'État, ainsi que pour tous

les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'État ;

12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;

18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du

prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;

19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho-pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;

20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;

21° Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;

22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;

23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'État, pour les frais d'examen de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret ;

24° Pour les frais liés à une consultation unique de prévention du cancer du sein et du cancer

②

1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;

1° (*Alinéa sans modification*)

1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;

du col de l'utérus, pour les assurées âgées de vingt-cinq ans ;

25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Art. L. 162-4-5. – Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou

au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

Art. L. 162-8-1. – La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

**Ordonnance
n° 96-1122 du
20 décembre 1996
relative à
l'amélioration de la
santé publique, à
l'assurance maladie,
maternité, invalidité
et décès, au
financement de la
sécurité sociale à
Mayotte et à la caisse
de sécurité sociale de
Mayotte**

Art. 20-4. – Les articles L. 161-32, L. 161-33, L. 161-34, L. 162-2, L. 162-2-1, L. 162-4, L. 162-4-1, L. 162-12-1, L. 162-12-8, L. 162-13-2 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte.

③

2° Aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure, un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».

④

II. – A l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la

2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».

II. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la

2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».

II. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la

**Ordonnance
n° 77-1102 du
26 septembre 1977
PORTANT
EXTENSION ET
ADAPTATION AU
DEPARTEMENT DE
SAINT-PIERRE-ET-
MIQUELON DE
DIVERSES
DISPOSITIONS
RELATIVES AUX
AFFAIRES
SOCIALES**

Art. 9. –

L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

– L. 160-8 à L. 160-10 et L. 160-13 à L. 160-15, sous réserve des dispositions de l'article 9-5 ;

– L. 161-1 à L. 161-6 ;

– L. 161-8, L. 161-12 à L. 161-15 et L. 162-2 ;

– L. 162-3 et L. 162-4 ;

– L. 162-29 et L. 162-30 ;

référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».

référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».

référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».

⑤ III. – A l'article 9 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, les mots : « – L. 162-3 et L. 162-4 ; » sont remplacés par les mots :

⑥ « – L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

III. – Le cinquième alinéa de l'article 9 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 est ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

III. – Le cinquième alinéa de l'article 9 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 est ainsi rédigé :

« – L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

– L. 169-1 à
L. 169-11 ;

– L. 16-10-1 ;

– L. 174-4 et
L. 174-17 ;

– L. 217-1 ;

– L. 311-9 sous
réserve des dispositions de
l'article 9-4 ci-dessous et
L. 311-10 ;

– L. 313-1 à
L. 313-5 ;

– L. 315-1 ;

– L. 321-1 ;

– L. 322-5 à
L. 322-6 ;

– L. 323-1 à
L. 323-5 sous réserve des
dispositions de l'article 9-6
ci-dessous ;

– L. 324-1 ;

– L. 331-1 à
L. 331-8 ;

– L. 332-1 et
L. 332-2 ;

– L. 371-1 à
L. 371-3 et L. 371-5 à
L. 371-7 ;

– L. 374-1 ;

– L. 375-1 ;

– L. 376-1 à
L. 376-3 ;

– L. 377-1 à
L. 377-5.

Article 34

① I. – Le chapitre premier *quater* du titre II du livre premier de la cinquième partie du code de la santé publique est

Article 34

I. – Le chapitre I^{er} *quater* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Article 34

I. – Le chapitre I^{er} *quater* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Code de la santé publique

Art. L. 5121-29. – Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments assurent un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France.

②

ainsi modifié :

1° A
l'article L. 5121-29 :

③

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

④

« A cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État en fonction de la classe thérapeutique et qui ne peut excéder 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. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande. » ;

1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :

a) (*Alinéa sans modification*)

« À cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre État membre de l'Union européenne ou sur celui d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État en fonction de la classe thérapeutique et qui ne peut excéder 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. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande. » ;

1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :

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

« À cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre État membre de l'Union européenne ou sur celui d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après consultation des représentants des entreprises pharmaceutiques, des professions de santé et des établissements de santé, en fonction de la classe thérapeutique et qui ne peut excéder 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. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande. » ;

A cet effet, ils approvisionnent de manière appropriée et continue tous les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur afin de leur permettre de remplir les obligations de service public mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5124-17-2. Ils prennent toute mesure utile pour prévenir et pallier toute difficulté d'approvisionnement et permettent, en cas de rupture de stock, la mise à disposition des informations dont ils disposent aux pharmaciens d'officine, aux pharmaciens de pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1 et aux pharmaciens responsables ou délégués des grossistes-répartiteurs.

⑤

b) Au deuxième alinéa, devenu le troisième, les mots : « A cet effet, » sont remplacés par les mots « En outre, » ;

b) Au début de la première phrase du second alinéa, les mots : « À cet effet, ils » sont remplacés par les mots : « En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments » ;

Amdt n° 175

« Le décret en Conseil d'État prévu à l'alinéa précédent tient compte, dans la détermination de la durée de couverture des besoins en médicament par le stock de sécurité, des contraintes de production, de conservation et de renouvellement des lots de médicament propres à chaque classe thérapeutique. » :

Amdt n° 175

b) Au début de la première phrase du second alinéa, les mots : « À cet effet, ils » sont remplacés par les mots : « En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments » ;

1° bis (nouveau)
Après l'article L. 5121-29, il est inséré un article L. 5121-29-1 ainsi rédigé :

Amdt n° 176

« Art. L. 5121-29-1.
– Tout titulaire d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 est soumis à l'obligation de constitution d'un stock de sécurité destiné au marché national dans les mêmes

<p><i>Art. L. 5121-32. –</i> L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informe l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament.</p> <p>L'entreprise met en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et met en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.</p> <p>L'entreprise prend, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients.</p> <p><i>Art. L. 5121-32-1. –</i> Les dispositions des articles L. 5121-29 à L. 5121-32 ne sont pas applicables à la Pharmacie</p>	<p>⑥ 2° L'article L. 5121-32 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>⑦ « <i>Art. L. 5121-32. –</i> Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock relatif à ce médicament, selon un modèle-type défini par voie réglementaire.</p> <p>⑧ « Ils mettent en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et mettent en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.</p> <p>⑨ « Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients. » ;</p> <p>⑩</p>	<p>2° L'article L. 5121-32 est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 5121-32. –</i> Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock relatif à ce médicament, dans des conditions définies par voie réglementaire.</p> <p>(<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>« Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients. » ;</p> <p>2° bis (<i>nouveau</i>) À l'article L. 5121-32-1, après la référence : « L. 5121-32 », sont insérés les mots : « et du I de</p>	<p><u>conditions que celles prévues à l'article L. 5121-29. » ;</u> (<i>nouveau</i>)</p> <p>Amdt n° 176</p> <p>2° L'article L. 5121-32 est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 5121-32. –</i> Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock relatif à ce médicament, dans des conditions définies par voie réglementaire.</p> <p>« Ils mettent en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et mettent en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.</p> <p>« Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients. » ;</p> <p>2° bis À l'article L. 5121-32-1, après la référence : « L. 5121-32 », sont insérés les mots : « et du I de</p>
---	--	--	---

centrale des armées, lorsque celle-ci est titulaire d'une autorisation de mise sur le marché ou exploite un médicament.

Art. L. 5121-33. –
Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet.

⑪

3° L'article L. 5121-33 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑫

« Art. L. 5121-33. –
I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture.

l'article L. 5121-33 » ;

3° L'article L. 5121-33 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-33. –
I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture de stock.

l'article L. 5121-33 » ;

3° L'article L. 5121-33 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-33. –
I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture de stock.

« Un décret en Conseil d'État, pris après consultation des représentants des entreprises pharmaceutiques, détermine les conditions d'application du présent I. À cet effet, il précise :

	<p>⑬ « L'entreprise pharmaceutique défailante verse à la caisse nationale d'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.</p> <p>⑭ « II. – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de</p>	<p>« L'entreprise pharmaceutique défailante verse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa du présent I dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.</p> <p>« II. – (Alinéa sans modification) »</p>	<p><u>« – les responsabilités respectives de l'entreprise pharmaceutique défailante et de l'entreprise pharmaceutique exploitant la spécialité importée en matière de pharmacovigilance ainsi qu'en matière de contrôle de la qualité, de conditionnement et de traçabilité des quantités importées :</u></p> <p><u>« – les modalités selon lesquelles l'entreprise pharmaceutique défailante procède à l'importation, au stockage et à la libération des quantités de l'alternative médicamenteuse, lorsque ladite entreprise ne dispose pas en France d'un établissement pharmaceutique préalablement autorisé pour l'activité d'importation de médicaments conformément à l'article L. 5124-1.</u></p> <p>Amdt n° 177</p> <p>« L'entreprise pharmaceutique défailante verse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa du présent I dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.</p> <p>« II. – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de</p>
--	---	---	---

Art. L. 5124-6. –
L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre I^{er} du présent titre qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation en informe, en précisant les motifs de son action, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché français. La cessation de commercialisation ne peut intervenir avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin. Si le médicament n'est pas utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas

sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet. »

⑮ II. – A la première phrase de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique, les mots : « si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas » sont remplacés par les mots : « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 pour lesquels il n'existe pas ».

⑯ A la troisième phrase du même article, les mots : « Si le médicament n'est pas utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas » sont remplacés par les mots : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas ».

sécurité du médicament et des produits de santé pour pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° ~~À la première phrase, les mots : « si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas » sont remplacés par les mots :~~ « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 ~~pour lesquels il n'existe pas~~ » ;

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots : « produits de santé », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 » ;

Amdt n° 178

d'alternatives disponibles sur le marché français, l'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé se fait, de manière motivée, au plus tard deux mois avant la suspension ou l'arrêt de commercialisation. Dans tous les cas, l'entreprise pharmaceutique précise si la suspension ou l'arrêt de commercialisation du médicament est fondé sur l'un des motifs mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 5121-9. En cas d'urgence nécessitant que la suspension ou l'arrêt intervienne avant le terme des délais fixés ci-dessus, l'entreprise en informe immédiatement l'agence en justifiant de cette urgence.

⑰

L'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis aux dispositions du chapitre I^{er} du présent titre informe immédiatement l'agence de toute action engagée pour en retirer un lot déterminé.

Art. L. 5124-13. –

L'importation sur le territoire douanier des médicaments à usage humain et l'importation et l'exportation des préparations de thérapie génique ou des préparations de thérapie cellulaire xénogénique mentionnées au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 sont soumises à une autorisation

2° ~~Au~~ début de la troisième phrase, ~~les mots~~ : « Si le médicament n'est pas utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait » sont remplacés par les mots : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4 ~~pour~~ lequel il n'existe ».

2° Le début de la troisième phrase est ainsi rédigé : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4, l'information de... (le reste sans changement) ».

Amdt n° 178

préalable délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

L'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 et à l'article L. 5121-9-1, les enregistrements prévus aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1, l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 ou l'autorisation prévue au 12° et au 13° de l'article L. 5121-1 valent autorisation au sens de l'alinéa précédent. L'autorisation prévue à l'article L. 1123-8 vaut autorisation d'importation pour tout médicament nécessaire à la réalisation de la recherche impliquant la personne humaine autorisée.

Une telle autorisation n'est pas requise pour le particulier qui transporte personnellement un médicament ainsi que pour le médecin d'une équipe sportive, ou pour le professionnel de santé militaire accompagnant des ressortissants étrangers dans les conditions prévues à l'article L. 4061-6, qui transporte personnellement un médicament ou qui procède à l'importation d'un médicament par une autre voie.

Lorsqu'un particulier procède à l'importation d'un médicament par une autre voie que le transport personnel, il n'est pas non plus soumis à l'obligation d'une autorisation préalable si le médicament satisfait à l'une des conditions suivantes :

1° Il fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au sens de

II bis (nouveau). – Le deuxième alinéa de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « La décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prononcée en application de l'article L. 5121-33 vaut autorisation d'importation lorsque l'importation d'une alternative médicamenteuse est rendue nécessaire par une rupture de stock d'une spécialité commercialisée en France. »

Amdt n° 177

l'article 6 de la directive 2001/83/ CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ou d'un enregistrement au sens des articles 14 et 16 *bis* de la même directive dans un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Il est autorisé dans le pays tiers de provenance et le particulier présente au service des douanes une copie de l'ordonnance attestant que le médicament est destiné à un traitement prescrit par un médecin établi dans le pays de provenance.

Art. L. 5423-8. –
Constitue un manquement soumis à sanction financière :

1° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'elle a engagée pour en suspendre la commercialisation, le retirer du marché ou en retirer un lot déterminé ou de ne pas indiquer la raison de cette action en application de l'article L. 5124-6 ;

2° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit de ne pas respecter l'obligation d'information de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture qui lui incombe ou de ne pas respecter son obligation de

⑮

III. – Le chapitre III du titre II du livre IV de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑲

1° Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 sont abrogés ;

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Alinéa sans modification*)

III. – Le chapitre III du titre II du livre IV de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 sont abrogés ;

mettre en place des solutions alternatives ou des mesures prévues par les plans de gestion des pénuries et des mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients, en application de l'article L. 5121-32 ;

3° Le fait pour une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament ou produit soumis à l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8 de ne pas communiquer la date de commercialisation du médicament ou produit à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

4° Le fait de diriger une entreprise comportant au moins un établissement pharmaceutique sans avoir un pharmacien délégué au sens de l'article L. 5124-2 dans chacun des établissements pharmaceutiques ;

5° Le fait pour un grossiste-répartiteur de ne pas respecter les obligations de service public définies en application de l'article L. 5124-17-2 ;

6° Le fait de ne pas adresser à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, les déclarations mentionnées à l'article L. 5121-18, ou d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte ;

7° Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien délégué de ne pas exercer personnellement sa profession ;

8° Le fait pour un pharmacien responsable ou pour un pharmacien

délégué de ne pas se faire assister et, en cas d'absence temporaire ou s'il fait l'objet d'une interdiction d'exercer, de ne pas se faire remplacer en application des dispositions prévues à l'article L. 5124-4 ;

9° Le fait d'exporter un médicament sans se conformer aux dispositions de l'article L. 5124-11 ;

10° Le fait de méconnaître les règles de la publicité en faveur des entreprises et des établissements pharmaceutiques fixées par décret en Conseil d'État en application des dispositions de l'article L. 5124-18.

⑳

2° Après l'article L. 5423-8, il est inséré un article L. 5423-9 ainsi rédigé :

㉑

« Art. L. 5423-9. – Constitue un manquement soumis à sanction financière :

㉒

« 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national exigé par les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ;

㉓

« 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour

2° Il est ajouté un article L. 5423-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 5423-9. – (Alinéa sans modification)

« 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ;

« 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour

2° Il est ajouté un article L. 5423-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 5423-9. – Constitue un manquement soumis à sanction financière :

« 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 et, pour un titulaire d'une autorisation d'importation parallèle, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application de l'article L. 5121-29-1 ;

Amdt n° 176

« 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour

	<p>lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la suspension ou la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;</p>	<p>lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la suspension ou de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;</p>	<p>lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la suspension ou de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;</p>
②④	<p>« 3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6 ;</p>	<p>« 3° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« 3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6 ;</p>
②⑤	<p>« 4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second</p>	<p>« 4° (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>« 4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second</p>

	alinéa de l'article L. 5124-6 ;		alinéa de l'article L. 5124-6 ;
26	« 5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant, soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au <i>b</i> du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :	« 5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au <i>b</i> du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :	« 5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au <i>b</i> du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :
27	« <i>a</i>) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock figurant à l'article L. 5121-31, ou	« <i>a</i>) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock prévu à l'article L. 5121-31 ;	« <i>a</i>) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock prévu à l'article L. 5121-31 ;
28	« <i>b</i>) De ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries, ou	« <i>b</i>) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;	« <i>b</i>) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;
29	« <i>c</i>) De ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock, ou	« <i>c</i>) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;	« <i>c</i>) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;
30	« <i>d</i>) De ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application des	« <i>d</i>) Ou de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application des	« <i>d</i>) Ou de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application des

<p>dispositions du I de l'article L. 5121-33 ;</p> <p>③① « 6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :</p> <p>③② « a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5121-32, ou :</p> <p>③③ « b) S'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31, ou :</p> <p>③④ « c) De ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues par le troisième alinéa de l'article L. 5121-32. »</p> <p>③⑤ IV. – A l'article L. 5471-1 du code de la santé publique :</p> <p>③⑥ 1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », il est ajouté la référence : « , L. 5423-9 » ;</p> <p>Art. L. 5471-1. – I.- L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut prononcer une sanction financière à l'encontre de l'auteur d'un manquement mentionné aux articles L. 5421-8, L. 5422-18, L. 5423-8, L. 5426-2, L. 5438-1, L. 5461-9 et L. 5462-8, sauf lorsque le</p>	<p>dispositions du I de l'article L. 5121-33 ;</p> <p>« 6° (Alinéa sans modification)</p> <p>« a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ;</p> <p>« b) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ;</p> <p>« c) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32. »</p> <p>IV. – L'article L. 5471-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « , L. 5423-9 » ;</p>	<p>dispositions du I de l'article L. 5121-33 ;</p> <p>« 6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :</p> <p>« a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ;</p> <p>« b) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ;</p> <p>« c) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32. »</p> <p>IV. – L'article L. 5471-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « , L. 5423-9 » ;</p>
---	---	---

manquement est commis à l'occasion d'une activité de distribution au détail de produits de santé.

II.-L'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière qui ne peut être supérieure à 2 500 € par jour lorsque l'auteur du manquement ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure.

37

2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

38

« Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;

III.-Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 1° à 11° de l'article L. 5421-8, aux 4° à 10° de l'article L. 5423-8, ainsi qu'aux articles L. 5426-2, L. 5438-1, au 8° de l'article L. 5461-9 et au 7° et 9° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés au 12° de

39

3° Au deuxième alinéa du III, les mots : « aux 1° à 3° de l'article L. 5423-8 » sont

2° (Alinéa sans modification)

« Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;

3° Au deuxième alinéa du III, les références : « aux 1° à 3° » sont remplacées par la

2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;

3° Au deuxième alinéa du III, les références : « aux 1° à 3° » sont remplacées par la

l'article L. 5421-8, à l'article L. 5422-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5423-8, aux 1° à 7° de l'article L. 5461-9 et aux 1° à 6° de l'article L. 5462-8 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

En cas de constatations de l'un des manquements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 5422-18, aux 6° et 7° de l'article L. 5461-9 et au 6° de l'article L. 5462-8, l'agence peut prononcer une interdiction de la publicité concernée par le manquement, après que l'entreprise concernée a été mise en demeure.

IV.-L'agence peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet.

④

V. – Le 1° du I du présent article ~~entre~~ en vigueur le 30 juin 2020.

Article 35

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 223-1-1. – Il est établi, pour chaque mineur bénéficiant d'une prestation d'aide sociale à l'enfance, hors aides financières, ou d'une mesure de protection

remplacés par les mots : « au 3° de l'article L. 5423-8 » et après les mots : « l'article L. 5423-8 », sont ajoutés les mots : « à l'article L. 5423-9, ».

référence : « au 3° » et, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « à l'article L. 5423-9, ».

V. – (Alinéa sans modification)

Article 35

référence : « au 3° » et, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « à l'article L. 5423-9, ».

V. – Le 1° du I du présent article et le 1° de l'article L. 5423-9 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du 2° du III du présent article, entrent en vigueur le 30 juin 2020.

Amdt n° 179

Article 35

judiciaire, un document unique intitulé " projet pour l'enfant ", qui vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance.

Le projet pour l'enfant est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire le concernant. Dans une approche pluridisciplinaire, ce document détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur ; il mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur.

Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution.

L'élaboration du projet pour l'enfant comprend une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document.

①

Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

②

« Un bilan de santé est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan de santé permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être

Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Ce bilan

Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Ce

Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant, qu'il établit en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, avec la personne désignée en tant que tiers digne de confiance ainsi qu'avec toute personne physique ou morale qui s'implique auprès du mineur. Ce dernier est associé à l'établissement du projet pour l'enfant, selon des modalités adaptées à son âge et à sa maturité. Le projet pour l'enfant est remis au mineur et à ses représentants légaux et est communicable à chacune des personnes physiques ou morales qu'il identifie selon les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

Le projet pour l'enfant est transmis au juge lorsque celui-ci est saisi.

Il est mis à jour, sur la base des rapports mentionnés à l'article L. 223-5, afin de tenir compte de l'évolution des besoins fondamentaux de l'enfant. Après chaque mise à jour, il est transmis aux services chargés de mettre en œuvre toute intervention de protection.

Les autres documents relatifs à la prise en charge de l'enfant, notamment le document individuel de prise en

intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

bilan permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

charge et le contrat d'accueil dans un établissement, s'articulent avec le projet pour l'enfant.

Un référentiel approuvé par décret définit le contenu du projet pour l'enfant.

Code de la santé publique

Art. L. 4011-3. – I.-

Un comité national des coopérations interprofessionnelles est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles. Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie. Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre.

Le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives par leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le comité est composé, selon des modalités précisées par décret, de représentants de

Article 35 bis (nouveau)

Article 35 bis

l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de santé, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des agences régionales de santé. Les conseils nationaux professionnels et les ordres des professions concernées sont associés aux travaux de ce comité.

①

II.-Le financement peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

②

1° Aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

③

2° Aux 1°, 2°, 5° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

④

3° A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

⑤

4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

⑥

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent du financement des protocoles

Le II de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Le II de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, la référence : « du code de la sécurité sociale » est supprimée ;

1° À la fin du premier alinéa, la référence : « du code de la sécurité sociale » est supprimée ;

2° Au 1°, après la référence : « L. 162-32-1 », sont insérées les références : « du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 2112-7 du présent code » ;

2° Au 1°, après la référence : « L. 162-32-1 », sont insérées les références : « du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 2112-7 du présent code » ;

3° Au 2°, après la référence : « L. 160-8 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

3° Au 2°, après la référence : « L. 160-8 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

4° Au 3°, après la référence : « L. 160-2 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

4° Au 3°, après la référence : « L. 160-2 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

5° Au 4°, après la référence : « L. 160-14 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale ».

5° Au 4°, après la référence : « L. 160-14 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale ».

nationaux sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du même code.

.....

...

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-5-14-1. – Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique sont, lorsque les médecins ne sont pas adhérents à la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables.

	Article 36	Article 36	Article 36
①	I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	<i>I. – (Alinéa sans modification)</i>	I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
②		1° A <i>(nouveau)</i> L'article L. 162-5-14-1 est abrogé ;	1° A L'article L. 162-5-14-1 est abrogé ;
③	1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 est complétée par un article ainsi rédigé :	1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} est complétée par un article L. 162-5-19 ainsi rédigé :	1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} est complétée par un article L. 162-5-19 ainsi rédigé :
④	« <i>Art. L. 162-5-19.</i> – I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à	« <i>Art. L. 162-5-19.</i> – I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à	« <i>Art. L. 162-5-19.</i> – I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à

un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des territoires définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes d'assurance maladie, maternité, vieillesse de base, de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

⑤

« II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu tiré des honoraires conventionnels maximal de 80 000 euros.

un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du même code. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes de base d'assurance maladie, maternité, vieillesse ainsi qu'aux régimes de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

« II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du présent code, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I du présent article est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au même I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu maximal tiré des honoraires conventionnels de 80 000 €.

un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du même code. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes de base d'assurance maladie, maternité, vieillesse ainsi qu'aux régimes de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

« II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du présent code, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I du présent article est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au même I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu maximal tiré des honoraires conventionnels de 80 000 €.

⑥	<p>« Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.</p>	<p>« Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais qui ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.</p>	<p>« Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais qui ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.</p>
⑦	<p>« III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminuée du montant de l'aide ainsi versée. » ;</p>	<p>« III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que les organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II du présent article. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminué du montant de l'aide ainsi versée.</p>	<p>« III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que les organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II du présent article. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminué du montant de l'aide ainsi versée.</p>
⑧	<p>« IV. – En cas de cessation d'exercice dans l'un des territoires mentionnés au I du présent article au cours des deux années suivant l'installation, le bénéfice de l'aide est suspendu le premier jour du mois suivant cette cessation.</p>	<p>« IV (nouveau). – En cas de cessation d'exercice dans l'une des zones mentionnées au I du présent article au cours des deux années suivant l'installation, le bénéfice de l'aide est suspendu le premier jour du mois suivant cette cessation.</p>	<p>« IV. – En cas de cessation d'exercice dans l'une des zones mentionnées au I du présent article au cours des deux années suivant l'installation, le bénéfice de l'aide est suspendu le premier jour du mois suivant cette cessation.</p>

Art. L. 642-4-2
 (Article L642-4-2 - version 1.0 (2020) - Vigueur différée) . – I.-Les médecins exerçant leur activité à titre de remplacement ainsi que les étudiants en médecine remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique mentionnés à l'article L. 646-1 du présent code et dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement sont inférieures à un seuil fixé par décret peuvent opter pour un taux global et le calcul mensuel ou trimestriel de l'ensemble des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables. Le taux global, fixé par décret, est appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales applicables aux revenus des médecins mentionnés au 1° du même article L. 646-1 au montant de leur rémunération après abattement prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts. Ce décret fixe également les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes ou branches concernés.

⑨

⑩

⑪

2° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent

« Le premier alinéa du présent IV n'est pas applicable en cas de modification du périmètre des ~~territoires~~ définis au I. » ;

2° (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Amdt n° 150

« Le premier alinéa du présent IV n'est pas applicable en cas de modification du périmètre des zones définies au I. » ;

Amdt n° 150

2° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent

	article dans des conditions prévues par décret. » ;		article dans des conditions prévues par décret. » ;
⑫	3° Après l'article L. 645-2, il est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :	3° (Alinéa sans modification)	3° Après l'article L. 645-2, il est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :
⑬	« Art. L. 645-2-1. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.	« Art. L. 645-2-1. – (Alinéa sans modification)	« Art. L. 645-2-1. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.
⑭	« Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 646-1 et L. 162-14. »	« Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1. »	« Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1. »
⑮	II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :	II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :	II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Code de la santé publique

Art. L. 1434-4. – Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de

l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 *ter* du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent.

⑩

⑪

1° L'article L. 1435-4-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

1° A (*nouveau*) À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-4, après le mot : « éducation », est insérée la référence : « , à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale » et, à la fin, les mots : « code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « même code » ;

1° L'article L. 1435-4-2 est ainsi rédigé :

1° A À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-4, après le mot : « éducation », est insérée la référence : « , à l'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale » et, à la fin, les mots : « code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « même code » ;

1° L'article L. 1435-4-2 est ainsi rédigé :

Art. L. 1435-4-2. –

I.-Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou avec un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. Le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnée à l'article L. 1434-4.

La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

⑮

« Art. L. 1435-4-2.

– Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.

⑲

« Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à

« Art. L. 1435-4-2.

– Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa du présent article ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.

« Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à

« Art. L. 1435-4-2.

– Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa du présent article ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.

« Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé après concertation avec les représentants des professionnels concernés et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des

II.-Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins.

III.-Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article.

Art. L. 1435-4-3. –

I.-Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire en application duquel il perçoit une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maladie, de maternité ou de paternité sans bénéficier de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du même code.

Le praticien territorial de médecine

l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code au plus tard dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions minimales et maximales de durée du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. » ;

2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés ;

~~l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné, au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code, dans un délai de deux ans à compter de la signature du contrat.~~

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les durées minimales et maximales du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. Ces contrats ne peuvent pas donner lieu à renouvellement. » ;

2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés.

dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

**Amdts n° 152,
n° 153**

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les durées minimales et maximales du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. Ces contrats ne peuvent pas donner lieu à renouvellement. » ;

2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés.

(20)

(21)

ambulatoire s'engage pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois :

1° A respecter les tarifs opposables ou, lorsqu'il est autorisé à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires ;

2° A exercer une activité médicale libérale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée, pour la spécialité qu'il exerce, par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 ;

3° A se faire remplacer pendant toute la période de cessation de son activité en cas d'interruption pour cause de maternité ou de paternité ;

4° A ne pas être lié par un contrat de praticien territorial de médecine générale mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.

La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre du présent contrat, n'est pas cumulable avec l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

II.-Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé et des actions destinées à favoriser

la continuité de la coordination des soins et la permanence des soins.

III.-Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les règles limitant les dépassements d'honoraires des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels.

Art. L. 1435-4-4. –

I.-Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné, régi par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et spécialisé en médecine générale, un contrat en application duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de médecin généraliste. La durée du contrat, qui est fixée par ce dernier, ne peut être inférieure à trente-six mois et supérieure à soixante-douze mois.

Le médecin bénéficie de cette rémunération s'il satisfait à l'ensemble des conditions suivantes :

1° Exercer dans un territoire isolé ;

2° Avoir une activité marquée par une forte saisonnalité ;

3° Avoir un revenu tiré de son activité régie par les mêmes articles L. 162-5 et L. 162-14-1 inférieur à un seuil fixé par rapport au revenu moyen pour la même spécialité ;

4° Respecter les tarifs opposables ;

5° Ne pas bénéficier du dispositif mentionné à l'article L. 1435-4-2 du présent code.

II.-Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur des actions de prévention, des actions destinées à favoriser l'accès aux soins, la continuité de la coordination des soins ou la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins et de formation en faveur d'étudiants ou d'internes en médecine comme de professionnels non médicaux.

III.-Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les critères caractérisant le territoire isolé, liés à sa situation géographique et à la densité de population des zones dans lesquelles exercent les médecins qui y sont installés, les modalités de cumul avec les mesures prévues au 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ainsi que le seuil de revenu mentionné au 3° du I du présent article.

Art. L. 1435-4-5. –

Les agences régionales de santé mettent en place une organisation destinée à faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4.

Elles peuvent, dans le cadre de cette organisation, conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien

territorial médical de remplacement.

Le praticien territorial médical de remplacement s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans les zones concernées. Pour toute la durée de son contrat, il bénéficie d'un service d'appui concernant la gestion de ses remplacements et d'une garantie minimale de rémunération pouvant couvrir des périodes d'interruption d'activité, sous forme de rémunérations complémentaires ou forfaitaires.

Ces rémunérations sont financées par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles les professionnels concernés peuvent s'installer en activité libérale dans les zones définies au 1° de l'article L. 1434-4 concomitamment ou à l'issue des remplacements qu'ils y effectuent.

②②

III. – Les dispositions prévues au 1° du I sont applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022.

②③

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, une évaluation portant sur l'efficacité du

III. – *(Alinéa sans modification)*

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent III, une évaluation portant sur

III. – Les dispositions prévues au 1° du I sont applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022.

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent III, une évaluation portant sur

	<p>dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.</p>	<p>l'efficacité du dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.</p>	<p>l'efficacité du dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.</p>
②④	<p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception du II dont les dispositions sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa version issue de la présente loi, et au plus tard le 1^{er} avril 2020. Les contrats en cours à cette même date se poursuivent sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avant la date d'entrée en vigueur du même décret.</p>	<p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception du II dont les dispositions sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi, et au plus tard le 1^{er} avril 2020. Les contrats en cours à cette date se poursuivent sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avant la date d'entrée en vigueur du même décret.</p>	<p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020, à l'exception du II dont les dispositions sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi, et au plus tard le 1^{er} avril 2020. Les contrats en cours à cette date se poursuivent sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avant la date d'entrée en vigueur du même décret.</p>
	<p style="text-align: center;">Article 37</p> <p>I. – Après l'article L. 6111-1-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-5 ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">Article 37</p> <p>I. – (Alinéa sans modification)</p>	<p style="text-align: center;">Article 37</p> <p>I. – Après l'article L. 6111-1-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-5 ainsi rédigé :</p>
①	<p>« Art. L. 6111-1-5. – Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.</p>	<p>« Art. L. 6111-1-5. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 6111-1-5. – Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.</p>
②	<p>Un décret en Conseil d'État précise :</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État précise :</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État précise :</p>
③			

④	1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;	« 1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;	« 1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;
⑤	2° Les modalités de son attribution ;	« 2° Les modalités de son attribution ;	« 2° Les modalités de son attribution ;
⑥	3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »	« 3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »	« 3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »

Code de la sécurité sociale

Art. L. 160-9. – La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au

premier alinéa du présent article ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article.

⑦

II. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré l'alinéa suivant :

⑧

« 3° Les frais de transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Après le 2° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – Après le 2° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »

**Ordonnance
n° 96-1122 du
20 décembre 1996
relative à
l'amélioration de la
santé publique, à
l'assurance maladie,
maternité, invalidité
et décès, au
financement de la
sécurité sociale à
Mayotte et à la caisse
de sécurité sociale de
Mayotte**

Art. 20-1. – I. –

L'assurance maladie, maternité, invalidité et décès comporte également :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de

soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyse et examens de laboratoire, y compris d'actes d'investigations individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de santé privés mentionnés aux *b, d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyse et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté interministériel ;

3° La couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique définis par arrêté interministériel ;

4° Abrogé ;

5° La couverture des frais médicaux, pharmaceutiques, d'examens de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, ainsi que les frais d'examens prescrits par les articles L. 2122-1, L. 2122-3, L. 2132-2 et L. 2132-2-1 du code de la santé publique ;

6° La couverture des frais de soins, de médicaments et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

7° L'octroi d'indemnités journalières à

l'assuré salarié qui se trouve dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou reprendre son travail, ou durant le congé de maternité ;

7° *bis* L'attribution d'une pension d'invalidité à l'assuré salarié qui présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain ;

7° *ter* Le versement aux ayants droit d'un capital en cas de décès de l'assuré salarié ;

7° *quater* L'attribution aux femmes exerçant une profession artisanale, commerciale ou libérale, d'une allocation forfaitaire ou d'indemnités journalières forfaitaires à l'occasion de leurs maternités ;

7° *quinquies* L'attribution aux assurés relevant d'une profession artisanale ou commerciale d'indemnités journalières en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre son travail ;

8° La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins, subir des examens ou interventions appropriés à son état selon les règles définies par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans des conditions précisées par arrêté interministériel ;

9° Lorsque, sur décision d'une commission médicale dans des conditions définies par décret, l'état du patient nécessite son évacuation sanitaire hors de Mayotte, la couverture des frais de transport prévus au 8° du

présent I, ainsi que la couverture des frais de soins et d'hospitalisation, y compris le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

10° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré et de ses ayants droit hors de Mayotte sur le territoire national, dans les conditions prévues aux articles L. 174-4, L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale ;

11° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation de l'assuré ou de ses ayants droit dont l'état de santé nécessite des soins immédiats au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état, dans des conditions fixées par décret ;

12° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 545-2 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du même code, ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

13° La couverture des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux dans les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b

du 5°, 7°, 10° et 11° du I de l'article L. 312-1 applicable à Mayotte du code de l'action sociale et des familles, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

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

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

Art. 75. – A titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2020, par dérogation à la condition de cessation d'activité prévue à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, les assurées mentionnées au I du même article L. 623-1 peuvent percevoir des indemnités journalières en cas de reprise partielle d'activité dans les

⑨

III. – L'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est complété par un 14° ainsi rédigé :

⑩

« 14° La couverture des frais des transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues à l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 précitée est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

Article 37 bis (nouveau)

III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 précitée est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

Article 37 bis

①

L'article 75 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

L'article 75 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

②

1° Au premier alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2020 » ;

1° Au premier alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2020 » ;

conditions suivantes :

1° A hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période d'interruption totale d'activité prévue audit article L. 623-1 ;

2° A hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivant la période mentionnée au 1° du présent article.

Les indemnités journalières ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté à l'issue de la durée d'attribution fixée en application de l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de dix jours au maximum.

Au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette

③

④

⑤

⑥

⑦

2° Aux 1° et 2°, après le mot : « semaines », sont insérés les mots : « au maximum » ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° La reprise partielle d'activité peut débuter entre le jour suivant la fin de la période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale et le terme du congé de maternité. » ;

4° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les indemnités journalières, dans la limite de dix jours au maximum, ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté dans un délai maximal de dix semaines à compter de la fin du congé de maternité telle qu'elle résulte des dispositions de l'article L. 623-1 du même code. »

2° Aux 1° et 2°, après le mot : « semaines », sont insérés les mots : « au maximum » ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° La reprise partielle d'activité peut débuter entre le jour suivant la fin de la période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale et le terme du congé de maternité. » ;

4° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les indemnités journalières, dans la limite de dix jours au maximum, ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté dans un délai maximal de dix semaines à compter de la fin du congé de maternité telle qu'elle résulte des dispositions de l'article L. 623-1 du même code. »

expérimentation.

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 314-3-1. –

Relèvent de l'objectif géré, en application de l'article L. 314-3, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

1° Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ;

2° Les établissements et services mentionnés aux 11° et 12° du I du même article qui accueillent des personnes handicapées ou âgées dépendantes ;

3° Les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;

4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés.

Article 38

Article 38

Article 38

①

Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 », sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».

I. – Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 » sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».

I. – Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 » sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».

②

II (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au

II. – Le Gouvernement remet au

Art. L. 314-3. – I. —
Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses.

Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 14-10-4 ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5.

Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en

Parlement, à la fin de l'année 2020, un rapport d'évaluation sur les conséquences du I du présent article à compter de la publication de la présente loi concernant la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Parlement, à la fin de l'année 2020, un rapport d'évaluation sur les conséquences du I du présent article à compter de la publication de la présente loi concernant la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 38 bis A (nouveau)

cours d'année, sur la base d'un rapport public remis chaque année par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 1^{er} octobre.

Sur la base de cet objectif, les mêmes ministres arrêtent, dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations mentionnées au premier alinéa.

II. — Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives.

Les montants de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux mentionnés à l'article L. 312-5-1, et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services. Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer,

À la première phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, après la référence : « L. 312-5-1, », sont insérés les mots : « de la programmation de création de places en établissement d'accueil des jeunes personnes handicapées âgées de plus de vingt ans mentionnée au septième alinéa de l'article L. 242-4 ».

Amdt n° 220

par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

III. — (Abrogé).

①

Art. L. 313-12. — (...)

.....
....

IV *ter.*-A.-La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article.

Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au

Article 38 bis (nouveau)

La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

Article 38 bis

La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au deuxième alinéa du B, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

B.-Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.

Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.

Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.

Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification

②

1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation lorsque la structure fonctionne en accueil temporaire. » ;

1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation lorsque la structure fonctionne en accueil temporaire. » ;

peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

.....
....

Art. L. 313-12-2. –

Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. A l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II du même article L. 313-12, il peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou

③

2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complétée par les mots : « , l'activité de l'établissement ou du service ne pouvant en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation ».

2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complétée par les mots : « , l'activité de l'établissement ou du service ne pouvant en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation ».

du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État.

Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

A compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et

s'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de santé.

①

Article 38 ter (nouveau)

À compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie pour des établissements mentionnés aux 2^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant de l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du même code.

②

Ce forfait santé couvre les dépenses afférentes :

③

1^o À la coordination de la prévention et des soins ;

④

2^o Aux soins ~~liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser une diminution d'autonomie~~ ;

⑤

3^o Aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie ~~prévus par les conditions de fonctionnement et les projets des établissements concernés.~~

⑥

Les dépenses afférentes aux soins autres que ceux compris dans le forfait santé ainsi qu'aux actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du

Article 38 ter

À compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie pour des établissements mentionnés aux 2^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant de l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du même code.

Ce forfait santé couvre les dépenses afférentes :

1^o À la coordination de la prévention et des soins ;

2^o Aux soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;

Amdt n° 219

3^o Aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie.

Amdt n° 219

Les dépenses afférentes aux soins autres que ceux compris dans le forfait santé ainsi qu'aux actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du

<p>Code de la santé publique</p> <p><i>Art. L. 1432-2.</i> – Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'État, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne</p>	<p>⑦</p> <p>⑧</p> <p>⑨</p> <p>①</p> <p>Article 39</p> <p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie mais ne sont pas comptabilisées dans l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées arrêtent la liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation après avis des agences régionales de santé concernées.</p> <p>Un décret en Conseil d'État précise le champ, les modalités de mise en œuvre et les conditions d'accès à l'expérimentation ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d'information.</p> <p>Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et remis au Parlement au terme de l'expérimentation.</p> <p>Article 39</p> <p>I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie mais ne sont pas comptabilisées dans l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées arrêtent la liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation après avis des agences régionales de santé <u>et des conseils départementaux concernés</u>.</p> <p>Amdt n° 219</p> <p>Un décret en Conseil d'État précise le <u>périmètre du forfait santé, les modalités de financement</u>, de mise en œuvre et les conditions d'accès à l'expérimentation, ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d'information.</p> <p>Amdt n° 219</p> <p>Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et remis au Parlement au terme de l'expérimentation.</p> <p>Article 39</p> <p>I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>
--	---	--	---

sont pas attribuées à une autre autorité.

Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.

Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

Il arrête, après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, le plan pluriannuel régional de gestion du risque prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.

Il arrête les contrats types régionaux prévus à l'article L. 162-14-4 du même code et peut conclure, avec le représentant des régimes d'assurance maladie mentionné au II du même article L. 162-14-4 et chaque professionnel de santé ou centre de santé établi dans le ressort de l'agence, des contrats conformes à ces contrats types.

Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'État, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-18.

Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il peut déléguer sa signature.

②

1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 », et les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;

③

2° A l'article L. 3112-2 :

1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 3111-11 » et les références : « L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacées par les mots : « L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;

2° L'article L. 3112-2 est ainsi modifié :

1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 3111-11 » et les références : « L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacées par les mots : « L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;

2° L'article L. 3112-2 est ainsi modifié :

Art. L. 3112-2. – La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'État.

Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'État. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre, le montant de la subvention accordée par l'État, les données dont la transmission à l'État est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.

④	a) Les deux premiers alinéas constituent un I ;	a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;	a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
⑤	b) Le second alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :	b) Le second alinéa est ainsi rédigé :	b) Le second alinéa est ainsi rédigé :
⑥	« A cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;	« À cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;	« À cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;
⑦	c) L'article est complété par un II et un III ainsi rédigés :	c) Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :	c) Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :
⑧	« II. – Les centres de lutte contre la tuberculose et les centres de lutte contre la lèpre contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.	« II. – (Alinéa sans modification)	« II. – Les centres de lutte contre la tuberculose et les centres de lutte contre la lèpre contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.
⑨	« III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche	« III. – (Alinéa sans modification)	« III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche

Art. L. 3112-3. – La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des articles L. 3111-11 ou L. 3112-2.

Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale.

La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à l'article L. 161-35 du même code.

Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte

⑩

maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 3112-3 est abrogé.

3° L'article L. 3112-3 est abrogé ;

maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 3112-3 est abrogé ;

des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 dudit code.

Art. L. 3811-1. – Au deuxième alinéa de l'article L. 3112-3, les mots : " et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par l'article L. 111-2 et le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles " et, le cas échéant, selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale, sont remplacés par les mots : " et, pour les personnes non affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte, dans les conditions fixées par l'article L. 6416-5 ".

Code de la sécurité sociale

Art. L. 174-16. – Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

⑪

⑫

II. – A
l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».

4° (*nouveau*)
L'article L. 3811-1 est abrogé.

II. – À
l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».

4° L'article L. 3811-1 est abrogé.

II. – À
l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».

<p>⑬</p>	<p>III. – Après l'article 20-5-7 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, il est inséré un article 20-5-8 ainsi rédigé :</p>	<p>III. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>III. – Après l'article 20-5-7 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, il est inséré un article 20-5-8 ainsi rédigé :</p>
<p>⑭</p>	<p>« Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2020. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »</p>	<p>« Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »</p>	<p>« Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »</p>
<p>⑮</p>	<p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>IV. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p>	<p>IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>
<p>⑯</p>	<p>Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'État pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre, en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.</p>	<p>Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'État pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.</p>	<p>Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'État pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.</p>
<p>⑰</p>	<p>Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au-delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.</p>	<p>Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la</p>	<p>Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la</p>

	<p>La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.</p>	tuberculose. <i>(Alinéa sans modification)</i>	tuberculose. La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.
⑱	<p>V. – Les dispositions du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et les dispositions de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV.</p>	<p>V. – Le second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV du présent article.</p>	<p>V. – Le second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV du présent article.</p>
		<p>Article 39 bis (nouveau)</p>	<p>Article 39 bis</p>
①		<p>I. – Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 13 ainsi rédigée :</p>	<p>I. – Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 13 ainsi rédigée :</p>
②		<p>« Section 13</p>	<p>« Section 13</p>
③		<p>« Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile</p>	<p>« Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile</p>
④		<p>« Art. L. 174-21. – Les vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile mentionnés au c du 1^o de l'article L. 3115-11 du code de la santé publique, recommandés dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du même code pour les enfants âgés d'au moins six ans et les adultes et qui sont inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code sont pris en</p>	<p>« Art. L. 174-21. – Les vaccins administrés par les centres de vaccination anti-amarile mentionnés au c du 1^o de l'article L. 3115-11 du code de la santé publique, recommandés dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du même code pour les enfants âgés d'au moins six ans et les adultes et qui sont inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code sont pris en</p>

	<p>charge par l'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'État mentionnée aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'ils sont administrés à l'occasion d'une vaccination imposée ou conseillée pour certains voyages.</p>	<p>charge par l'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'État mentionnée aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'ils sont administrés à l'occasion d'une vaccination imposée ou conseillée pour certains voyages.</p>
⑤	<p>« Cette prise en charge est effectuée sur la base du prix d'achat constaté de ces vaccins par les centres de vaccination antiamarile et dans la limite de leur prix fabricant hors taxe mentionné à l'article L. 138-9 du présent code, fixé en application de l'article L. 162-16-4.</p>	<p>« Cette prise en charge est effectuée sur la base du prix d'achat constaté de ces vaccins par les centres de vaccination antiamarile et dans la limite de leur prix fabricant hors taxe mentionné à l'article L. 138-9 du présent code, fixé en application de l'article L. 162-16-4.</p>
⑥	<p>« Les conditions concernant l'inscription des vaccins sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ainsi que celles prévues aux I et III de l'article L. 160-13 et à l'article L. 162-1-21 s'appliquent à la prise en charge de ces vaccins. Le prix d'achat mentionné au deuxième alinéa du présent article constitue le tarif servant de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13.</p>	<p>« Les conditions concernant l'inscription des vaccins sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ainsi que celles prévues aux I et III de l'article L. 160-13 et à l'article L. 162-1-21 s'appliquent à la prise en charge de ces vaccins. Le prix d'achat mentionné au deuxième alinéa du présent article constitue le tarif servant de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13.</p>
⑦	<p>« L'article L. 161-3 5 s'applique à la prise en charge de ces vaccins. »</p>	<p>« L'article L. 161-3 5 s'applique à la prise en charge de ces vaccins. »</p>
⑧	<p>II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juin 2020, à l'exception du dernier alinéa de l'article L. 174-21 du code de la sécurité sociale, qui entre en vigueur à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.</p>	<p>II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juin 2020, à l'exception du dernier alinéa de l'article L. 174-21 du code de la sécurité sociale, qui entre en vigueur à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.</p>
⑨	<p>Jusqu'à cette dernière date, une</p>	<p>Jusqu'à cette dernière date, une</p>

<p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;"><i>Art. L. 1415-2. –</i> L'Institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. A ce titre, il exerce notamment les missions suivantes :</p> <p style="text-align: center;">1° A Proposition, en coordination avec les organismes de recherche, les opérateurs publics et privés en cancérologie, les professionnels de santé, les</p>	<p style="text-align: center;">⑩</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 3</p> <p style="text-align: center;">Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins</p> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p style="text-align: center;">Au chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique :</p> <p style="text-align: center;">①</p>	<p>convention conclue entre, d'une part, chaque centre de vaccination anti-américaine et, d'autre part, la caisse d'assurance maladie du département auquel il se rattache établit les modalités de facturation de ces vaccins. Le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale fixe le modèle type de la convention.</p> <p style="text-align: center;">Pour les centres de vaccination anti-américaine relevant du service de santé des armées, la convention est conclue entre ce service et la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le modèle type de convention est adapté, en tant que de besoin, par arrêté du ministre de la défense.</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins</p> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p style="text-align: center;">I. – Le chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>convention conclue entre, d'une part, chaque centre de vaccination anti-américaine et, d'autre part, la caisse d'assurance maladie du département auquel il se rattache établit les modalités de facturation de ces vaccins. Le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale fixe le modèle type de la convention.</p> <p style="text-align: center;">Pour les centres de vaccination anti-américaine relevant du service de santé des armées, la convention est conclue entre ce service et la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le modèle type de convention est adapté, en tant que de besoin, par arrêté du ministre de la défense.</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins</p> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p style="text-align: center;">I. – Le chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>
--	--	---	---

usagers du système de santé et autres personnes concernées, d'une stratégie décennale de lutte contre le cancer, arrêtée par décret. La stratégie définit les axes de la recherche en oncologie et l'affectation des moyens correspondants et précise notamment la part des crédits publics affectés à la recherche en oncologie pédiatrique. L'institut en assure la mise en œuvre. Le conseil scientifique de l'institut se prononce sur cette stratégie. Il en réévalue la pertinence à mi-parcours ;

1° Observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer, en s'appuyant notamment sur les professionnels et les industriels de santé ainsi que sur les représentants des usagers ;

2° Définition de référentiels de bonnes pratiques et de prise en charge en oncologie ainsi que de critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé pratiquant la oncologie ;

3° Information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;

4° Participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation médicale et paramédicale continue des professions et personnes intervenant dans le domaine de la lutte contre le cancer ;

5° Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement, et désignation d'entités et d'organisations de recherche en oncologie répondant à des critères de qualité, en liaison avec les

organismes publics de recherche concernés ;

6° Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;

7° Participation au développement d'actions européennes et internationales ;

8° Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

L'Institut national du cancer établit un rapport d'activité annuel qui est transmis au Gouvernement et au Parlement.

Art. L. 1415-3. –

L'Institut national du cancer est constitué, sans limitation de durée, sous la forme d'un groupement d'intérêt public constitué entre l'État et des personnes morales publiques et privées intervenant dans le domaine de la santé et de la recherche sur le cancer.

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, ce groupement est régi par le chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit. Un décret précise les modalités de mise en œuvre du présent article.

Art. L. 1415-4. – Le directeur général, le président du conseil d'administration et le président du conseil scientifique de l'Institut national du cancer sont

nommés pour une durée de cinq ans par décret.

Il n'est pas nommé de commissaire du Gouvernement auprès de l'institut.

Le conseil d'administration de l'Institut national du cancer comprend un député et un sénateur titulaires ainsi qu'un député et un sénateur suppléants.

Art. L. 1415-5. –

L'Institut national du cancer peut bénéficier de dons et de legs.

Art. L. 1415-6. – Le personnel de l'Institut national du cancer comprend :

1° Des agents régis par les titres II, III et IV du statut général des fonctionnaires ou des agents publics régis par des statuts particuliers ;

2° Des agents contractuels de droit public mis à disposition par les parties selon les conditions fixées par la convention constitutive ;

3° Des personnels régis par le code du travail.

Art. L. 1415-7. –

L'Institut national du cancer peut lancer des appels à projet en matière de recherche d'une durée de cinq ans et, dans des conditions définies par décret, d'une durée de huit ans.

②

1° Il est créé une section 1 intitulée : « Institut national du cancer » et comprenant les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

③

2° Il est inséré une section 2 ainsi rédigée :

④

« Section 2

⑤

« **Parcours de soins global après le traitement d'un cancer**

1° Au début, est ajoutée une section 1 intitulée : « Institut national du cancer », qui comprend les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

2° Est ajoutée une section 2 ainsi rédigée :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

1° Au début, est ajoutée une section 1 intitulée : « Institut national du cancer », qui comprend les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

2° Est ajoutée une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« **Parcours de soins global après le traitement d'un cancer**

⑥	<p>« Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé, en lien avec les acteurs concernés, met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé, en lien avec les acteurs concernés, met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.</p>
⑦	<p>« Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.</p>
⑧		<p>« Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques, selon des modalités définies par décret.</p>	<p>« Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques, selon des modalités définies par décret.</p> <p><u>« Les exercices et travaux prescrits au titre du 4° de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale tiennent compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application du présent article.</u></p>
⑨	<p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. »</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>Amdt n° 180</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. »</p>

Code de la sécurité sociale

Art. L. 324-1. – En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou

de soins continus supérieurs à une durée déterminée, le médecin traitant détermine le traitement que le bénéficiaire de l'assurance maladie doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° De se soumettre aux traitements et aux mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert ;

2° De se soumettre aux visites médicales et aux contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, établit un protocole de soins. Ce protocole, périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré

peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3⁽¹⁾. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37.

Le protocole établi par le médecin traitant est adressé au service du contrôle médical, qui fait connaître son avis à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré. A défaut d'observations transmises dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis est réputé favorable. Le directeur de l'organisme notifie à l'assuré la décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de ce dernier.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

⑩

II (nouveau). – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi, un rapport dressant un bilan du forfait de prise en charge post-cancer prévu à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique. Ce rapport évalue notamment,

I bis (nouveau). –
Le 4° de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , en tenant compte, le cas échéant, des bilans et activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique ».

Amdt n° 180

II. – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi, un rapport dressant un bilan du forfait de prise en charge post-cancer prévu à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique. Ce rapport évalue notamment,

	<p>en concertation avec tous les acteurs impliqués, l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif.</p>	<p>en concertation avec tous les acteurs impliqués, l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif.</p>
①	<p>Article 40 bis (nouveau) I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaques.</p>	<p>Article 40 bis I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaques.</p>
②	<p>Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins peuvent, après évaluation des besoins et de la situation du patient, l'orienter vers des consultations de psychologues.</p>	<p>Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins peuvent, après évaluation des besoins et de la situation du patient, l'orienter vers des consultations de psychologues.</p>
③	<p>Ces consultations sont réalisées par les psychologues figurant sur la liste mentionnée au troisième alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.</p>	<p>Ces consultations sont réalisées par les psychologues figurant sur la liste mentionnée au troisième alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.</p>
④	<p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation.</p>	<p>Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation <u>qui comprennent au moins un département d'outre-mer.</u></p>
⑤	<p>II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment quant au suivi des patients et au</p>	<p>Amdt n° 181 II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment quant au suivi des patients et au</p>

<p>⑥</p> <p>Code du sport</p> <p><i>Art. L. 231-2. – I.-</i> L'obtention d'une licence d'une fédération sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée.</p> <p>Lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition.</p> <p>II.-Les modalités de renouvellement de la licence, et notamment la fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé, sont fixées par décret.</p> <p><i>Art. L. 231-2-1. –</i> L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est subordonnée à la présentation d'une licence mentionnée au second alinéa du I de l'article L. 231-2 dans la discipline concernée. A</p>	<p>①</p> <p>Article 41</p> <p>I.- L'article L. 231-2 du code du sport est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du I, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » ;</p> <p>②</p> <p>b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>financement des consultations.</p> <p>III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.</p> <p>Article 41</p> <p>I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>1° Au début du I, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » ;</p> <p>2° H est ajouté un III ainsi rédigé :</p>	<p>financement des consultations.</p> <p>III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.</p> <p>Article 41</p> <p><u>Le code du sport est ainsi modifié :</u></p> <p>1° <u>Le I de l'article L. 231-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</u></p> <p><u>« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. » ;</u></p> <p>2° <u>L'article L. 231-2-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :</u></p>
--	---	---	--

défaut de présentation de cette licence, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en compétition.

④

« III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif, qu'elles renseignent avec lui.

~~« III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale du renseignement conjoint d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur.~~

« Pour les personnes mineures, la visite médicale sollicitée pour l'obtention d'un certificat mentionné au premier alinéa donne lieu, le cas échéant, à la consultation de prévention obligatoire prévue en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique. »

Amdt n° 191

⑤

« Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un examen médical.

~~« Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical.~~

⑥

~~« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »~~

(Alinéa sans modification)

⑦

II. – L'article L. 231-2-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

~~II. – L'article L. 231-2-1 du code du sport est ainsi rédigé :~~

⑧

~~« Art. L. 231-2-1. – I. L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve des II et III, subordonnée à la présentation d'une licence~~

~~« Art. L. 231-2-1. – (Alinéa sans modification)~~

~~permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231 2 dans la discipline concernée.~~

⑨ ~~« II. – Pour les personnes majeures non licenciées, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition.~~

⑩ ~~« III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif qu'elles renseignent avec lui.~~

⑪ ~~« Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un nouvel examen médical.~~

⑫ ~~« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »~~

①

~~« II. – (Alinéa sans modification)~~

~~« III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale du renseignement conjoint d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur.~~

~~« Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un nouvel examen médical.~~

~~(Alinéa sans modification)~~

Article 41 bis (nouveau)

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

Article 41 bis

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

Code de la santé publique

Art. L. 2112-2. – Le président du conseil

départemental a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin

②

1° Au 4° de l'article L. 2112-2, les mots : « d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, » sont remplacés par les mots : « de l'entretien prénatal précoce obligatoire » ;

1° Au 4° de l'article L. 2112-2, les mots : « d'un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, » sont remplacés par les mots : « de l'entretien prénatal précoce obligatoire » ;

traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° *bis* Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints et des documents mentionnés par les articles L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L. 523-1 et L. 532-2 du code de l'action

sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Art. L. 2122-1. –

Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

③

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans

④

2° L'article L. 2122 -1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme informe la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire mentionné au dernier alinéa. » ;

2° L'article L. 2122 -1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme informe la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire mentionné au dernier alinéa. » ;

les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme propose à la femme enceinte un entretien prénatal précoce dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse.

⑤

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑥

« L'entretien prénatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. »

« L'entretien prénatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L'objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. »

⑦

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2020.

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2020.

①

Article 41 ter (nouveau)

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-4 ainsi rédigé :

Article 41 ter

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-4 ainsi rédigé :

②

« Art. L. 3511-4. – Par dérogation à l'article L. 4211-1, les professionnels de santé qui sont autorisés à prescrire les substituts nicotiques conformément à l'article L. 3511-3, lorsqu'ils interviennent dans les centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ou dans les services de la protection maternelle et infantile, peuvent, dans le cadre de leur mission

« Art. L. 3511-4. – Par dérogation à l'article L. 4211-1, les professionnels de santé qui sont autorisés à prescrire les substituts nicotiques conformément à l'article L. 3511-3, lorsqu'ils interviennent dans les centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ou dans les services départementaux de la protection maternelle et infantile mentionnés à

Code de la sécurité sociale

Art. L. 162-23-15. –

I. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement. Ces indicateurs prennent en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.

II. – Pour certains des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins mentionnés au I, un seuil minimal de résultats est requis. Ce seuil est fixé par indicateur en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés. Lorsqu'un établissement mentionné au même I n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un tel seuil minimal pour un

③

①

Article 42

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

d'accompagnement à l'arrêt du tabac, à l'occasion de l'initiation d'un traitement, délivrer à titre gratuit au patient les substituts nicotiques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article. »

Article 42

I. – (*Alinéa sans modification*)

l'article L. 2112-1 du présent code, peuvent, dans le cadre de leur mission d'accompagnement à l'arrêt du tabac, à l'occasion de l'initiation d'un traitement, délivrer à titre gratuit au patient les substituts nicotiques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article. »

Article 42

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

Amdt n° 182

même indicateur, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations. Toutefois, le directeur général de l'agence régionale de santé peut estimer, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu à sanction au regard de circonstances particulières propres à l'établissement concerné.

Le montant de la pénalité financière globale est apprécié en fonction du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. La pénalité financière globale ne peut excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Lorsque, pour une année donnée, un établissement n'atteint pas le seuil minimal requis pour un indicateur, il en est alerté par le directeur général de l'agence régionale de santé qui lui indique la pénalité financière encourue en cas de manquement constaté pendant trois années consécutives et propose des mesures d'accompagnement.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ② | 1° Au II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction issue de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 : | 1° Le II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié : | 1° Le II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié : |
| ③ | a) Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé : | a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : | a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : |
| ④ | « Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ; | <i>(Alinéa sans modification)</i> | « Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ; |
| ⑤ | b) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé : | b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : | b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : |

L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique.

⑥

« Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;

(Alinéa
modification)

sans

« Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;

⑦

2° L'article L. 162-30-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

2° L'article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :

2° L'article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :

Art. L. 162-30-2. –

Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

⑧

« Art. L. 162-30-2. – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

« Art. L. 162-30-2. – (Alinéa
modification)

sans

« Art. L. 162-30-2. – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficience des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.

Ce contrat comporte :

⑨

« Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de

« Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de

« Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de

	<p>pertinence et d'efficience des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.</p>	<p>pertinence et d'efficience des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.</p>	<p>pertinence et d'efficience des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.</p>
<p>1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;</p>	<p>⑩ « Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés au même article, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.</p>	<p>« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.</p>	<p>« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.</p>
<p>2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.</p>	<p>⑪ « En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.</p>
<p>Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment,</p>	<p>⑫ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;</p>

conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être

facturée aux patients.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Art. L. 162-30-3. –

L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.

L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2. Ce plan identifie les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région

⑬

3° A
l'article L. 162-30-3 :

⑭

a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;

⑮

b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet dédié à ce plan dans le » ;

3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :

a) (*Alinéa sans modification*)

b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;

3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;

ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle saisit l'établissement concerné et lui enjoint d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné au même article L. 162-30-2.

Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.

⑩

⑪

⑫

⑬

c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet dédié à ce plan dans le » ;

d) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné précédemment, les catégories et nombre

c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;

d) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

(Alinéa sans modification)

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les

c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;

d) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les

<p>d'actes, prestations ou prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet dédié à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;</p> <p>②0 4° L'article L. 162-30-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Art. L. 162-30-4. – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an. Cette pénalité est versée à l'assurance maladie.</p> <p>②1 « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à</p>	<p>d'actes, prestations ou prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet dédié à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;</p> <p>②0 4° L'article L. 162-30-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 162-30-4. – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.</p> <p>②1 « Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la</p>	<p>catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;</p> <p>4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-4. – (Alinéa sans modification)</p> <p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;</p> <p>4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-4. – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.</p> <p>« Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la</p>
---	--	--	--

l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat.

La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

②③

forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code.

②④

« La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de

forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

(Alinéa sans modification)

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, pendant laquelle s'engage un dialogue médical avec les équipes concernées, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Amdt n° 156

« La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de

	<p>la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p> <p>25 « A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.</p> <p>26 « Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;</p> <p>27 5° Il est inséré, après l'article L. 162-30-4, un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>28 « Art. L. 162-30-4-1 . – Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel</p>	<p>la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p> <p>« À l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.</p> <p>(Alinéa sans modification)</p> <p>5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-4-1 . – Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel</p>	<p>la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.</p> <p>« À l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.</p> <p>« Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;</p> <p>5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-30-4-1 . – Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel</p>
--	---	--	--

arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités. »

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités. »

II. – (*Alinéa sans modification*)

arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou de plusieurs activités. »

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

29

Code de la santé publique

Art. L. 1421-3. –

Les agents mentionnés à l'article L. 1421-1 peuvent recueillir, sur place ou sur convocation, tout renseignement, toute justification ou tout document nécessaires aux contrôles. Ils peuvent exiger la communication et obtenir ou prendre copie, par tout moyen et sur tout support, ou procéder à la saisie des documents de toute nature, entre quelques mains qu'ils se trouvent, propres à faciliter l'accomplissement de leur mission et la mise à leur disposition des moyens indispensables pour effectuer leurs vérifications. Pour le contrôle des opérations faisant appel à l'informatique, ils ont accès aux logiciels et aux données stockées, ainsi qu'à la restitution en clair des informations propres à faciliter l'accomplissement de leurs missions. Ils peuvent en demander la transcription par tout traitement approprié dans des documents directement utilisables pour les besoins du contrôle.

Ils peuvent prélever des échantillons. Les échantillons sont analysés par un laboratoire de l'État, de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou par un laboratoire désigné par le directeur général de

l'agence régionale de santé ou, lorsque le contrôle a été effectué pour le compte de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence de la biomédecine ou de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, par le directeur général de cette agence.

Les agents ayant la qualité de médecin ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions dans le respect des dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

Les agents ayant la qualité de pharmacien ont accès à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leurs missions relatives à l'exercice de la pharmacie et aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 dans le respect de l'article 226-13 du code pénal.

Art. L. 1435-7. – Le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions d'aptitude technique et juridique définies par décret en Conseil d'État, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir, au même titre que les agents mentionnés à l'article L. 1421-1, les missions prévues à cet article ; il peut également désigner des experts pour les assister. Il peut, dans les mêmes conditions, leur confier les missions prévues à l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles. Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposent des prérogatives prévues aux

③

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, sont insérés, après les mots : « à l'article L. 5311-1 », les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence : « L. 5311-1 », sont insérés les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence : « L. 5311-1 », sont insérés les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;

articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du présent code. Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 1421-1 sont applicables, le cas échéant, aux personnes qualifiées qui les assistent.

③② Pour assurer les missions de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-2, le directeur général de l'agence régionale de santé peut désigner des inspecteurs mentionnés au premier alinéa et ayant qualité de médecin ou recourir à :

1° Des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie sur proposition des représentants des régimes d'assurance maladie en région ;

2° Des médecins ayant conclu un contrat avec l'agence régionale de santé, qui peuvent être choisis en particulier parmi les experts de la Haute Autorité de santé mentionnés à l'article L. 1414-4.

③③ Les personnes mentionnées aux 1° et 2° du présent article respectent des conditions d'aptitude technique et juridiques définies par décret en Conseil d'État.

Le directeur général de l'agence, sur le rapport d'un agent mentionné au premier alinéa du présent article ou à l'article L. 1421-1, est tenu de signaler au représentant de l'État territorialement compétent ainsi qu'aux directeurs généraux de

2° A
l'article L. 1435-7 :

a) Au deuxième alinéa, sont insérés, après le mot : « médecin », les mots : « ou de pharmacien » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au ».

2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou de pharmacien » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au » ;

2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou de pharmacien » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au » ;

l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de l'Agence de la biomédecine toute situation susceptible d'entraîner la mise en œuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence.

Le représentant de l'État dans le département dispose, en tant que de besoin, pour l'exercice de ses compétences, des services de l'agence régionale de santé chargés de missions d'inspection.

Art. L. 6122-5. –

L'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Cette évaluation prend en compte le respect de référentiels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, les résultats du programme mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3.

Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activité, fixés par référence aux dépenses et à

③4

3° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot « troisième ».

3° Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot « troisième ».

l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.

En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent, l'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13.

③⑤

III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas identifiés en application des dispositions de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

Article 43

①

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

②

1° Au premier alinéa du I, les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont remplacés par les deux phrases suivantes : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans

III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

Article 43

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

Article 43

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. » ;

Art. L. 5121-12-1. –

I.-Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence de spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, sous réserve qu'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sécurise l'utilisation de cette spécialité dans cette indication ou ces conditions d'utilisation et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

En l'absence de recommandation temporaire d'utilisation dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées, une spécialité pharmaceutique 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

③

④

a) Les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont supprimés ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance

a) Les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont supprimés ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance

de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

II.-Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies pour une durée maximale de trois ans, renouvelable. Elles sont mises à la disposition des prescripteurs par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par l'entreprise qui assure l'exploitation de la spécialité concernée.

III. — Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, le cas échéant, de l'existence d'une recommandation temporaire d'utilisation, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " ou, le cas échéant, " Prescription sous recommandation temporaire d'utilisation ".

Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite dans l'indication ou les conditions d'utilisation considérées.

Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. » ;

qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. » ;

⑤

2° Le dernier alinéa du III est complété par les mots : «, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une

2° Le dernier alinéa du III est complété par les mots : «, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une

2° Le dernier alinéa du III est complété par les mots : «, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant

IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.

Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite. Le protocole peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation.

autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;

autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication » ;

d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication » ;

⑥

3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée :

3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;

3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;

~~« Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent~~

	<p>alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. »;</p>		
⑦	4° L'article est complété par un V ainsi rédigé :	4° Il est ajouté un V ainsi rédigé :	4° Il est ajouté un V ainsi rédigé :
⑧	« V. – Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation. »	« V. – (Alinéa sans modification) »	« V. – Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'une demande d'élaboration d'une recommandation temporaire d'utilisation. »
⑨	II. – Après l'article L. 5121-12-1 du même code, il est inséré, un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :	II. – Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :	II. – Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :
⑩	« Art. L. 5121-12-1-1. – Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examens biologiques ou d'orientation diagnostique, au moyen d'une ordonnance dite de dispensation conditionnelle. »	« Art. L. 5121-12-1-1. – (Alinéa sans modification) »	« Art. L. 5121-12-1-1. – Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examens biologiques ou d'orientation diagnostique <u>réalisés directement par le prescripteur ou, à défaut,</u> au moyen d'une ordonnance dite de dispensation conditionnelle. »
⑪	III. – A l'article L. 5121-20 du même code, il est rétabli un 15° ainsi rédigé :	III. – Le 15° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est ainsi rétabli :	III. – Le 15° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
⑫	« 15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à	« 15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à	« 15° Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l'ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à

Amdt n° 205

<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 114-17-1. –</i></p> <p>I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles :</p> <p>1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ou de l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>2° Les employeurs ;</p> <p>3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;</p> <p>4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.</p> <p>II.-La pénalité mentionnée au I est due</p>	<p>l'article L. 5121-12-1-1 ; »</p> <p>⑬</p> <p>IV. – Le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>l'article L. 5121-12-1-1 ; ».</p> <p>IV. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>l'article L. 5121-12-1-1 ; ».</p> <p>IV. – Le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
--	---	--	---

pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ;

1° *bis* L'inobservation des règles mentionnées au 1° du présent II lorsque celle-ci a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;

⑭

1° Après les mots : « récidive après » sont insérés les mots : « au moins » et le mot :

~~« médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;~~

⑮

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

~~« Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de~~

1° Après le mot : « après », sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; ».

1° Après le mot : « après », sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; ».

~~la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire.»~~

⑩

V. – Le III de l'article L. 160-13 du même code est ainsi modifié :

V. – Le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

V. – Le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Art. L. 160-13. – I.-
La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques

mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II.-L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'État, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré

après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III.-En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :

1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une

même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

⑰

1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

1° (*Alinéa sans modification*)

1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

⑱

« 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

« 4° (*Alinéa sans modification*)

« 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

⑲

2° Au cinquième et au septième, devenus sixième et huitième, alinéas, les mots : « mentionnés aux 1°, 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° » ;

2° À la première phrase des cinquième et septième alinéas, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° » ;

2° À la première phrase des cinquième et septième alinéas, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° » ;

⑳

3° Le sixième, devenu septième, alinéa est complété par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».

3° La seconde phrase du sixième alinéa est complétée par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».

3° La seconde phrase du sixième alinéa est complétée par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».

<p>Art. L. 162-16-1. – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation (s) syndicales (s) représentative (s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p> <p>2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;</p> <p>2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;</p> <p>3° (Abrogé) ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au</p>	<p>① VI. – L'article L. 162-16-1 du même code est ainsi modifié :</p> <p>② 1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale » ;</p>	<p>VI. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° (Alinéa sans modification)</p>	<p>VI. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale » ;</p>
--	--	--	--

développement des médicaments génériques ;

6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ;

7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

②③

②④

8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation certifié suivant la procédure

1° bis (nouveau)
Après le 7°, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° bis est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »

1° bis Après le 7°, il est inséré un 7° bis ainsi rédigé :

« 7° bis La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° bis est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »

prévue à l'article L. 161-38, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 à L. 5125-5 et L. 5125-18 du code de la santé publique ;

10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention ;

11° Les modalités de participation des pharmaciens à l'activité de télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ;

12° Des mesures tendant à favoriser ou maintenir une offre pharmaceutique dans les territoires définis à l'article L. 5125-6 du code de la santé publique.

13° Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné ;

14° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du

code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l'article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l'assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 15° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de

six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° et aux 13° à 15° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

25

2° Après le 15°, il est inséré, un 16° ainsi rédigé :

26

« 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission

2° (Alinéa sans modification)

« 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission

2° Après le 15°, il est inséré, un 16° ainsi rédigé :

« 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission

	<p>que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;</p>	<p>que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. <u>162-16-4-4</u> du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;</p>
			Amdt n° 216
	<p>3° Au 23ème et au 24ème alinéas, les mots : « à 15° » sont remplacés par les mots : « à 16° ».</p>	<p>3° Au vingt-deuxième et à l'avant-dernier alinéas, la référence : « à 15° » est remplacée par la référence : « à 16° ».</p>	<p>3° Au vingt-deuxième et à l'avant-dernier alinéas, la référence : « à 15° » est remplacée par la référence : « à 16° ».</p>
27			
	<p>VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du même code, dans sa rédaction issue du 7° du II de l'article 29 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :</p>	<p>VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 29 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :</p>	<p>VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 29 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :</p>
28			
	<p>« Art. L. 162-16-4-4 . – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus aux pharmaciens d'officine les tests de diagnostic rapide mentionnés au 16° de l'article L. 162-16-1. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens et, le cas échéant, du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants. »</p>	<p>« Art. L. 162-16-4-4 . – (Alinéa <i>sans modification</i>) »</p>	<p>« Art. L. 162-16-4-4 . – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus aux pharmaciens d'officine les tests de diagnostic rapide mentionnés au 16° de l'article L. 162-16-1. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens et, le cas échéant, du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants. »</p>
29			
	<p>VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du même code est complétée par les mots : « , ou de</p>	<p>VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots :</p>	<p>VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots :</p>
30			

délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code ».

« , ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code ».

« , ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code ».

Art. L. 162-17. –

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. La part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance

maladie au titre des remboursements afférents à ces médicaments est facturée à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 ou L. 174-18.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités. L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'État détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

①

IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du même code, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

②

« Art. L. 162-17-2-3 . – I. – Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, dont

IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-3 . – I. – Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dont

IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-3 . – I. – Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dont la

	<p>les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.</p>	<p>les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de celle-ci.</p>	<p>présentation n'est pas adaptée aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de celle-ci.</p>
33	<p>« II. – La pénalité prévue au I ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.</p>	<p>« II. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« II. – La pénalité prévue au I ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.</p>
34	<p>« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficacité attendu pour les dépenses d'assurance maladie. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficacité attendu pour les dépenses d'assurance maladie. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.</p>
35	<p>« III. – La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette</p>	<p>« III. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« III. – La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette</p>

Amdt n° 214

<p>pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>③⑥ « IV. – Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État. »</p> <p>③⑦ X. – L’article L. 162-22-7-4 du même code est ainsi modifié :</p> <p>③⑧ 1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l’assurance maladie » et après les mots : « produits de santé, » sont insérés, les mots : « ou relatifs à l’efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l’assurance maladie, » ;</p> <p>③⑨ 2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l’efficacité des prescriptions » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul ».</p> <p>④⑩ XI. – Le II de l’article L. 315-2 du même code est ainsi modifié :</p> <p>④⑪ 1° Le paragraphe est précédé d’un A ;</p> <p>II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l’article L. 315-1 peut être subordonné à l’accord</p>	<p>pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>« IV. – (Alinéa sans modification) »</p> <p>X. – L’article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l’assurance maladie » et, après les mots : « produits de santé », sont insérés, les mots : « ou relatifs à l’efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l’assurance maladie » ;</p> <p>2° (Alinéa sans modification)</p> <p>XI. – Le II de l’article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;</p>	<p>pénalité est un recours de pleine juridiction.</p> <p>« IV. – Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’État. »</p> <p>X. – L’article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l’assurance maladie » et, après les mots : « produits de santé », sont insérés, les mots : « ou relatifs à l’efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l’assurance maladie » ;</p> <p>2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l’efficacité des prescriptions » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul ».</p> <p>XI. – Le II de l’article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;</p>
--	--	--

préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :

-sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ;

-sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

-la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'État en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

-le recours à une autre prestation est moins coûteux.

Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.

Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite 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 du présent

④

2° A la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « peut être prise », la fin de la phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « , à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre de l'un des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 et L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

2° Après la première occurrence du mot : « prise », la fin de la première phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

2° Après la première occurrence du mot : « prise », la fin de la première phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

④3	2° Il est ajouté trois alinéas ainsi rédigés :	3° Il est ajouté un B ainsi rédigé :	3° Il est ajouté un B ainsi rédigé :
④4	« B. – Pour l'application du présent II :	« B. – (Alinéa sans modification)	« B. – Pour l'application du présent II :
④5	« 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;	« 1° (Alinéa sans modification)	« 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;
④6	« 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1 ^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »	« 2° (Alinéa sans modification) »	« 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1 ^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

Article 44

① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Article 44

I. – (Alinéa sans modification)

Article 44

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

Art. L. 162-31-1. –
I.-Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions

mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

1° Permettre

l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

2° Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions, en modifiant :

a) Les conditions de prise en charge des médicaments et des produits et prestations

associées onéreux au sein des établissements de santé et les modalités du recueil d'informations relatives au contexte, à la motivation et à l'impact de la prescription et de l'utilisation de ces médicaments, produits et prestations associées ;

b) Les modalités de rémunération, les dispositions prévoyant des mesures incitatives ou de modulation concernant les professionnels de santé ou les établissements de santé, ainsi que des mesures d'organisation dans l'objectif de promouvoir un recours pertinent aux médicaments et aux produits et prestations associées ;

c) Les conditions d'accès au dispositif prévu à l'article L. 165-1-1.

II.-Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, il peut être dérogé en tant que de besoin :

1° Aux dispositions suivantes :

a) Les règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-23-1, L. 162-23-2, L. 162-23-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 162-23-7, L. 162-23-8, L. 162-23-15, L. 162-23-16, L. 162-26, L. 162-26-1, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 174-1, L. 322-5

②	1° Au II de l'article L. 162-31-1 :	1° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :	1° Le II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :
---	-------------------------------------	---	---

③	a) Au a du 1°, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérés les références : « L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;	a) Au a du 1°, la référence : « L. 162-22-1, » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérées les références : « , L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;	a) Au a du 1°, la référence : « L. 162-22-1, » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérées les références : « , L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;
---	---	---	---

et L. 322-5-2 du présent code et aux III, V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé, professionnels de santé, prestataires de transports sanitaires ou entreprises de taxi ;

b) L'article L. 162-2 du présent code, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

c) Les 1°, 2° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

d) Les articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations, et l'article L. 174-4 relatif au forfait journalier hospitalier ;

e) Les articles L. 162-16 à L. 162-19, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 162-23-6, L. 162-38 et L. 165-1 à L. 165-7, en tant qu'ils concernent la prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux par l'assurance maladie ;

④ b) Le 1° est complété par les dispositions suivantes :

⑤ « f) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examen de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ; »

b) Le même 1° est complété par un *f* ainsi rédigé :

« f) (Alinéa sans modification) »

b) Le même 1° est complété par un *f* ainsi rédigé :

« f) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examen de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ; »

2° Aux dispositions suivantes du code de la

santé publique, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé :

a) L'article L. 4113-5, en ce qu'il concerne les règles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé ;

b) Le premier alinéa de l'article L. 6111-1, en tant qu'il limite les missions des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation, le cas échéant en déléguant cette prestation ;

c) L'article L. 6122-3, afin de permettre que soit accordée une autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués soit d'établissements de santé, soit de professionnels de santé, soit de ces deux ensembles ;

d) L'article L. 4211-1, afin de permettre l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels mentionnés à l'article L. 5232-3 pour dispenser à domicile des dialysats, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en sections A et D ;

e) Le 3° de l'article L. 6122-2, en tant qu'il impose la satisfaction des conditions techniques de fonctionnement prévues à l'article L. 6124-1 relatives à l'organisation et à la dispensation des soins, pour la durée de

l'expérimentation ;

f) Les articles L. 6154-2 et L. 6154-3, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale hors de l'établissement où il est nommé ou exerce à titre principal son activité ;

g) Les articles L. 4041-2 et L. 4042-1, afin de permettre à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leur statut pour la durée de l'expérimentation pour rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux ;

h) Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation ;

i) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;

j) Les règles de compétences prévues aux articles L. 1132-1,

L. 4111-1, L. 4161-1,
L. 4161-3, L. 4161-5,
L. 4221-1, L. 4241-1,
L. 4241-13, L. 4251-1,
L. 4301-1, L. 4311-1,
L. 4321-1, L. 4322-1,
L. 4331-1, L. 4332-1,
L. 4341-1, L. 4342-1,
L. 4351-1, L. 4352-2,
L. 4361-1, L. 4362-1,
L. 4364-1, L. 4371-1,
L. 4391-1, L. 4392-1,
L. 4393-8, L. 4394-1 et
L. 6316-1 ;

⑥	c) Le 2° est complété par les dispositions suivantes :	c) Le 2° est complété par des <i>j bis, k et l</i> ainsi rédigés :	c) Le 2° est complété par des <i>j bis, k et l</i> ainsi rédigés :
⑦		« <i>j bis</i> (nouveau) Le troisième alinéa de l'article L. 6311-2, afin de permettre le concours de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente ;	« <i>j bis</i> Le troisième alinéa de l'article L. 6311-2, afin de permettre le concours de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente ;
⑧	« <i>k</i> Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18 du code de santé publique, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;	« <i>k</i> Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;	« <i>k</i> Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale <u>et sous réserve de la réalisation préalable d'une évaluation médico-économique</u> ;
⑨	« <i>l</i> Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4 du même code, en tant qu'il concerne l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport. » ;	« <i>l</i> Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6312-4, en tant qu'il concerne l'agrément , le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport. » ;	« <i>l</i> Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6312-4, en tant qu'il concerne le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport. » ;

Amdt n° 206

Amdt n° 207

3° Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code

de l'action sociale et des familles.

.....
.....

Art. L. 322-5. – Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix

⑩ 2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑪ « Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »

2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est ainsi rédigé :

« Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »

applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé sur le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

Code de la santé publique

Art. L. 6312-4. –
Dans chaque département, la mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins

⑫

II. –
L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑬

1° Au début du premier alinéa, il est inséré « I. » ;

⑭

2° Au premier alinéa, après les mots : « terrestres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement affectés aux

II. – (*Alinéa sans modification*)

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

2° Au même premier alinéa, après les mots : « terrestres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement

II. –
L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

2° Au même premier alinéa, après les mots : « terrestres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement

sanitaires de la population.

Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Art. 66. – I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas huit ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le

transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;

⑮

3° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑯

⑰

« II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

⑱

« III. – Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. »

⑲

III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».

affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;

2° bis (nouveau) Le troisième alinéa est supprimé ;

3° Le quatrième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé visant à assurer le respect des caractéristiques exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

« III. – (Alinéa sans modification) »

III. – (Alinéa sans modification)

affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;

2° bis Le troisième alinéa est supprimé ;

3° Le quatrième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé visant à assurer le respect des caractéristiques exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

« III. – Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. »

III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».

but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

.....
...

⑳ IV. – Les *b* et *c* du 1^o du I et le III s'appliquent à Saint-Pierre-et-Miquelon.

㉑ V. – Les dispositions du *a* du 1^o du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

①

Code de la santé publique

Art. L. 6211-13. –

② Lorsque le prélèvement d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisé dans le laboratoire de biologie médicale, il peut être réalisé dans un établissement de santé, dans un hôpital des armées, au domicile du patient ou dans des lieux en permettant la réalisation, par un professionnel de santé autorisé conformément aux procédures déterminées avec le biologiste responsable du laboratoire mentionné à l'article L. 6211-11.

Les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser le prélèvement et les lieux permettant sa réalisation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

IV. – Le 2^o du I et le III sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Le *a* du 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 44 bis (nouveau)

La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Au premier alinéa de l'article L. 6211-13, après la seconde occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient » ;

IV. – Le 2^o du I et le II sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Amdt n° 208

V. – Le *a* du 1^o du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 44 bis

La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Au premier alinéa de l'article L. 6211-13, après la seconde occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient » ;

	③	2° L'article L. 6211-18 est ainsi modifié :	2° L'article L. 6211-18 est ainsi modifié :
	④	a) Le I est ainsi modifié :	a) Le I est ainsi modifié :
	⑤	– le premier alinéa est ainsi rédigé :	– le premier alinéa est ainsi rédigé :
<p>Art. L. 6211-18. – I. — La phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée en dehors d'un laboratoire de biologie médicale qu'au cas où elle est rendue nécessaire par une décision thérapeutique urgente. Dans ce cas, la phase analytique est réalisée :</p>	⑥	« I. – Lorsque la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, elle peut être réalisée : » ;	« I. – Lorsque la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, elle peut être réalisée : » ;
<p>1° Soit dans un établissement de santé ou un hôpital des armées ;</p>			
<p>2° Soit, pour des motifs liés à l'urgence, dans des lieux déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, du ministre de la défense.</p>	⑦	– au 2°, les mots : « l'urgence » sont remplacés par les mots : « l'état de santé du patient » ;	– au 2°, les mots : « l'urgence » sont remplacés par les mots : « l'état de santé du patient » ;
<p>La lecture du résultat nécessaire à la décision thérapeutique est alors assurée par le médecin. Le biologiste médical conserve toutefois la responsabilité de la validation des résultats obtenus.</p>			
<p>Les catégories de professionnels de santé habilités à réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p>	⑧	– le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La liste des examens et les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire d'analyse de biologie... (<i>le reste sans changement</i>). » ;	– le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La liste des examens et les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire d'analyse de biologie... (<i>le reste sans changement</i>). » ;
	⑨	b) Le II est ainsi rédigé :	b) Le II est ainsi rédigé :
<p>II. — Les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables, lorsque le laboratoire de biologie médicale relève de</p>	⑩	« II. – Lorsque la phase analytique de l'examen n'est réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans	« II. – Lorsque la phase analytique de l'examen n'est réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans

l'établissement de santé, sont déterminés par le biologiste-responsable. Le directeur de l'établissement veille à leur application.

Lorsque le laboratoire de biologie médicale ne relève pas de l'établissement de santé, une convention déterminant les lieux de réalisation de l'examen et fixant les procédures applicables est signée entre le représentant légal du laboratoire de biologie médicale, le représentant légal de l'établissement de santé et, le cas échéant, pour les établissements de santé privés, les médecins qui réalisent la phase analytique de l'examen de biologie médicale.

⑪

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

①

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sections distinctes selon les

l'établissement de santé dont relève ce laboratoire, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou, le cas échéant, entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce ce professionnel de santé fixe les procédures applicables.

« Lorsque la phase analytique de l'examen est réalisée en dehors du laboratoire et dans un établissement de santé dont relève ce laboratoire et que le professionnel de santé qui réalise ce prélèvement n'appartient pas au laboratoire mais exerce au sein de l'établissement de santé, les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables sont déterminés par le biologiste-responsable du laboratoire de biologie médicale. Le directeur de l'établissement veille à leur application. »

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45

I. – (*Alinéa sans modification*)

l'établissement de santé dont relève ce laboratoire, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou, le cas échéant, entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce ce professionnel de santé fixe les procédures applicables.

« Lorsque la phase analytique de l'examen est réalisée en dehors du laboratoire et dans un établissement de santé dont relève ce laboratoire et que le professionnel de santé qui réalise ce prélèvement n'appartient pas au laboratoire mais exerce au sein de l'établissement de santé, les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables sont déterminés par le biologiste-responsable du laboratoire de biologie médicale. Le directeur de l'établissement veille à leur application. »

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

modalités suivantes :

.....
....

II.-Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

1° En ressources :

a) 20 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 64,3 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;

b) 61,4 % du produit de la contribution mentionnée au 1° bis du même article L. 14-10-4 ;

c) Une contribution annuelle versée par la Caisse nationale d'assurance maladie, correspondant aux remboursements par des Etats membres de l'Union européenne, d'autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, des sommes attribuées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements aux titulaires de prestations de sécurité sociale les faisant relever de la compétence de ces Etats en matière d'assurance maladie ;

2° En charges :

a) Un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au 1° du présent II, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours

est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6 ;

b) La contribution mentionnée au c du 1° du présent II reversée aux départements mentionnés au même c, dans des conditions et selon des modalités, notamment en ce qui concerne l'échange et le traitement de certaines données à caractère personnel, fixées par décret en Conseil d'État.

②

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

③

III.-Une section consacrée à la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1. Elle retrace :

a) En ressources, une fraction au moins égale à 26 % et au plus égale à 30 % du produit de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 et une fraction d'au moins 4,6 % du produit mentionné au 3° du même article L. 14-10-4 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation et un concours versé pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées. Les montants de ces concours sont répartis selon les modalités prévues à

1° A (*nouveau*)
L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II et l'avant-dernier alinéa du III sont supprimés ;

1° A L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II et l'avant-dernier alinéa du III sont supprimés ;

l'article L. 14-10-7.

Elle retrace également en charges la subvention mentionnée à l'avant-dernier 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.

Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée.

Avant imputation des contributions aux sections mentionnées aux V et VI, l'ensemble des ressources destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I, soit au titre de la présente section, doit totaliser 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4.

IV.-Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources :

a) Une fraction d'au moins 1,27 % du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4 ;

b) Une part des fractions du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de ces fractions ;

c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ;

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels

④

b) Au 2° du IV, après le mot : « aidants », sont insérés les mots : « , notamment le remboursement à la Caisse nationale des allocations familiales des sommes dues au titre de l'allocation journalière du proche aidant mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale ainsi qu'en application de l'article L. 381-1 du même code, » et, après la référence : « L. 444-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

b) Au 2° du IV, après le mot : « aidants », sont insérés les mots : « , notamment le remboursement à la Caisse nationale des allocations familiales des sommes dues au titre de l'allocation journalière du proche aidant mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale ainsi qu'en application de l'article L. 381-1 du même code, » et, après la référence : « L. 444-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

.....

...

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 14-10-9. –
Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5, dans les conditions suivantes :

a) Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée.

⑤ 1° A l'article L. 14-10-9 :

⑥ a) Au premier alinéa, après les mots : « dernier alinéa », sont insérés les mots : « du VI » ;

1° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du VI » ;

1° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du VI » ;

Ces crédits viennent abonder le budget de chaque agence régionale de santé, à hauteur d'une contribution arrêtée par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant national fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale. Cet arrêté détermine également les conditions d'utilisation et d'affectation de ces crédits, ainsi que celles dans lesquelles les agences régionales de santé rendent compte de son exécution.

En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet.

b) A la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu le contrat

prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1.

Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale, pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits mentionnés au *b*.

Art. L. 262-46. –
Tout paiement indu de revenu de solidarité active est récupéré par l'organisme chargé du service de celui-ci ainsi que, dans les conditions définies au présent article, par les collectivités débitrices du revenu de solidarité active.

Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en

⑦

b) Au dernier alinéa, après les mots : « mentionnés au », sont insérés le mot : « présent » ;

⑧

c) Il est inséré après le *b* un *c* ainsi rédigé :

⑨

« *c)* Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale ; »

b) Au dernier alinéa, après le mot : « au », il est inséré le mot : « présent » ;

c) Il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c)* Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « au », il est inséré le mot : « présent » ;

c) Il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c)* Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale. » ;

appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et demandes ont un caractère suspensif.

Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de revenu de solidarité active par retenues sur les montants à échoir.

A défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales et de la prime d'activité mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 841-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation.

.....
...

⑩

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, les mots : « au titre des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, des prestations familiales ».

⑪

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

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, après la première occurrence du mot : « titre », sont insérés les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, ».

II. – (*Alinéa sans modification*)

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, après la première occurrence du mot : « titre », sont insérés les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, ».

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

Code de la sécurité sociale

Art. L. 133-4-1. –

En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé,

l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas, cet indu, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage.

L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article.

Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve des quatrième au huitième alinéas et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes

⑫

1° Au troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, les mots : « que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et » sont remplacés par les mots : « des dispositions des quatrième à neuvième alinéas et si l'assuré », et les mots : « mentionnées aux titres » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, aux titres » ;

1° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après la seconde occurrence du mot : « mentionnées », est insérée la référence : « à l'article L. 168-8, » ;

1° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après la seconde occurrence du mot : « mentionnées », est insérée la référence : « à l'article L. 168-8, » ;

prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations.

.....
...

**Loi n° 2018-1203 du
22 décembre 2018 de
financement de la
sécurité sociale pour
2019**

Art. 77. – I. à V.-A modifié les dispositions suivantes : -Code de la sécurité sociale. Art. L133-4, Art. L133-4-1, Art. L161-17-1-1, Art. L355-3, Art. L553-2, Art. L815-11, Art. L821-5-1, Art. L835-3, Art. L845-3, Art. L861-3, Art. L863-7-1 -Code de l'action sociale et des familles Art. L262-46 - Code de la construction et de l'habitation. Art. L351-11 -Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 Art. 20-5-6, Art. 20-8-6 - Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 Art. 13 - Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 Art. 20, Art. 35-3, Art. 42-1 - Ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 Art. 104-1 -Ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 Art. 1 - Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 Art. 8-4, Art. 9-6, Art. 11 -LOI n° 87-563 du 17 juillet 1987 Art. 5, Art. 7

VI.-Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions suivantes qui entrent en

vigueur le 1^{er} janvier 2020 :

1° Les 2° et 4°, le *b* du 5°, les 6° et 7°, le *b* du 8° et le 9° du I ;

2° Le II ;

3° Le 2° du III ;

4° Le *b* du 1° et le 2° du A, le 2° du B, le 1° et le *b* des 2° et 3° du C et les D et E du IV ;

5° Le A du V ;

6° Le B du V.

⑬

2° Aux ~~sixième, onzième et treizième~~ alinéas du même article L. 133-4-1, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

2° (*Supprimé*)

2° (*Supprimé*)

Art. L. 136-8. – I.-
Le taux des contributions sociales est fixé :

⑭

3° Au 1° du II de l'article L. 136-8 :

3° Le 1° du II de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

3° Le 1° du II de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

1° A 9,2 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° A 9,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° A 6,2 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II.-Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que 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

⑮

a) Les mots : « ainsi que les indemnités » sont remplacés par les mots : « les indemnités » ;

a) Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

a) Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

professionnelles ;

①6

b) Cet alinéa est complété par les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 du présent code ; »

b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 » ;

①7

4° Après le chapitre VIII du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VIII bis, comprenant neuf articles numérotés L. 168-8 à L. 168-16, ainsi rédigé :

4° Après le chapitre VIII du titre VI du livre I^{er}, il est inséré un chapitre VIII bis ainsi rédigé :

4° Après le chapitre VIII du titre VI du livre I^{er}, il est inséré un chapitre VIII bis ainsi rédigé :

①8

« CHAPITRE VIII BIS

(Alinéa sans modification)

« CHAPITRE VIII BIS

①9

« Allocation journalière du proche aidant

(Alinéa sans modification)

« Allocation journalière du proche aidant

②0

« Art. L. 168-8. – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code, ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.

« Art. L. 168-8. – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.

« Art. L. 168-8. – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.

②1

« Art. L. 168-9. – Le montant de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 est défini par décret. Ce montant est majoré selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée.

« Art. L. 168-9. – (Alinéa sans modification)

« Art. L. 168-9. – Le montant de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 est défini par décret. Ce montant est majoré selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée.

②2

« Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par

(Alinéa sans modification)

« Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par

	décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.		décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.
23	« Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.	(Alinéa sans modification)	« Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.
24	« Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.	(Alinéa sans modification)	« Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.
25	« Art. L. 168-10. – L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.	« Art. L. 168-10. – (Alinéa sans modification)	« Art. L. 168-10. – L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.
26	« L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :	(Alinéa sans modification)	« L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :
27	« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;	« 1° (Alinéa sans modification)	« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;
28	2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;	« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;	« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;
29	« 3° L'indemnisation des congés de maladie	« 3° (Alinéa sans modification)	« 3° L'indemnisation des congés de maladie

	d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;	<i>modification)</i>	d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;
30	« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;	« 4° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;
31	« 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;	« 5° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;
32	« 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;	« 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ;	« 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ;
33	« 7° L'allocation aux adultes handicapés ;	« 7° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 7° L'allocation aux adultes handicapés ;
34	« 8° L'allocation journalière de présence parentale ;	« 8° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 8° L'allocation journalière de présence parentale ;
35	« 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;	« 9° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
36	« 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.	« 10° (Alinéa sans <i>modification)</i>	« 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.
37	« Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.	« Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.	« Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
38	« Art. L. 168-11. – L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le	« Art. L. 168-11. – (Alinéa sans <i>modification)</i>	« Art. L. 168-11. – L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le

financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.

39

« Art. L. 168-12. –

L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent selon les délais prévus à l'article L. 553-1.

40

« Art. L. 168-13. –

Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, et sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du

financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.

« Art. L. 168-12. –

L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent selon les délais prévus à l'article L. 553-1.

« Art. L. 168-13. –

Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, et sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du

	présent code.	présent code.	présent code.
④1	« Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées à l'alinéa précédent, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues par ce même alinéa.	« Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées au même premier alinéa, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues au même avant-dernier alinéa.	« Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées au même premier alinéa, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues au même avant-dernier alinéa.
④2	« Les dispositions des quatrième à treizième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.	« Les dispositions des quatrième à dernier alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.	« Les dispositions des quatrième à dernier alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.
④3	« Art. L. 168-14. – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours administratif préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.	« Art. L. 168-14. – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.	« Art. L. 168-14. – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.
④4	« Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.	(Alinéa sans modification)	« Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.
④5	« Le bénéficiaire de l'allocation journalière proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.	« Le bénéficiaire de l'allocation journalière du proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.	« Le bénéficiaire de l'allocation journalière du proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.
④6	« Art. L. 168-15. – Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte	« Art. L. 168-15. – Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte	« Art. L. 168-15. – Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte

	<p>contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161-1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.</p>	<p>contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161-1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.</p>	<p>contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161-1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.</p>
(47)	<p>« Art. L. 168-16. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;</p>	<p>« Art. L. 168-16. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 168-16. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;</p>
(48)	<p>5° Au quatrième alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction issue du 4° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du a du 2° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées à l'article L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;</p>	<p>5° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction résultant du 4° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, la référence : « à l'article L. 511-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;</p>	<p>5° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction résultant du 4° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, la référence : « à l'article L. 511-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;</p>
(49)	<p>6° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>6° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est ainsi rédigé :</p>	<p>6° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est ainsi rédigé :</p>
(50)	<p>« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la</p>	<p>« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 du présent code. Dans ce second cas, l'affiliation est</p>	<p>« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 du présent code. Dans ce second cas, l'affiliation est</p>

	<p>production de justificatifs, définis par décret. » ;</p>	<p>subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;</p>	<p>subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;</p>
51	<p>7° Au premier alinéa de l'article L. 553-2, dans sa rédaction issue du <i>a</i> du 3° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8 et aux titres II et IV » ;</p>	<p>7° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 553-2, les mots : « aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 168-8 ainsi qu'aux titres II et IV » ;</p>	<p>7° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 553-2, les mots : « aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 168-8 ainsi qu'aux titres II et IV » ;</p>
52	<p>8° Au cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction issue du 6° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du <i>a</i> du 4° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées au titre V » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, au titre V » ;</p>	<p>8° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction résultant du 6° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « à l'article L. 168-8, » ;</p>	<p>8° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction résultant du 6° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « à l'article L. 168-8, » ;</p>
53	<p>9° Au premier alinéa de l'article L. 821-5-1, dans sa rédaction issue du <i>a</i> du 5° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, avant les mots : « soit au titre des prestations familiales » sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;</p>	<p>9° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 821-5-1, après le mot : « dues, », sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;</p>	<p>9° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 821-5-1, après le mot : « dues, », sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;</p>
54	<p>10° Au troisième alinéa de l'article L. 845-3, dans sa rédaction issue du <i>a</i> du 6° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « par l'article L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ».</p>	<p>10° À la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 845-3, les mots : « par l'article L. 511-1 et par les dispositions du » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ainsi qu'au ».</p>	<p>10° À la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 845-3, les mots : « par l'article L. 511-1 et par les dispositions du » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ainsi qu'au ».</p>

Code du travail

Art. L. 3142-16. –
Le salarié ayant au moins un an d'ancienneté dans

55

II bis (nouveau). –
Au premier alinéa de l'article L. 3142-16 du code

II bis. – Au premier alinéa de l'article L. 3142-16 du code

l'entreprise a droit à un congé de proche aidant lorsque l'une des personnes suivantes présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité :

1° Son conjoint ;

2° Son concubin ;

3° Son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

4° Un ascendant ;

5° Un descendant ;

6° Un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;

7° Un collatéral jusqu'au quatrième degré ;

8° Un ascendant, un descendant ou un collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

9° Une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

⑤6

III. – Le Gouvernement remet un rapport au Parlement au plus tard le 1^{er} janvier 2022 relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport s'attache également à analyser l'articulation de cette allocation avec d'autres prestations.

du travail, les mots : « ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise » sont supprimés.

III. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport étudie notamment le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son

du travail, les mots : « ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise » sont supprimés.

III. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport étudie notamment le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son

		montant ou de ses conditions d'attribution. Il s'attache également à analyser l'articulation de cette allocation avec d'autres prestations.	montant ou de ses conditions d'attribution. Il s'attache également à analyser l'articulation de cette allocation avec d'autres prestations.
57		Ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé.	Ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé.
58	IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation visant à l'indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d'activité postérieurs à une date fixée par décret et au plus tard au 30 septembre 2020.	IV. – Les I et II du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation visant à l'indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d'activité postérieurs à une date fixée par décret, et au plus tard au 30 septembre 2020.	IV. – Les I et II du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation visant à l'indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d'activité postérieurs à une date fixée par décret, et au plus tard au 30 septembre 2020.
59	Les dispositions de l'article L. 168-13 du code de la sécurité sociale issues du 4° du II du présent article entrent en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 3 de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée.	L'article L. 168-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 4° du II du présent article, entre en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 3 de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus.	L'article L. 168-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 4° du II du présent article, entre en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 3 de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus.

**Ordonnance
n° 2019-765 du
24 juillet 2019
relative au droit de
rectification des
informations
concernant les
bénéficiaires des
prestations sociales et
des minima sociaux
en cas de notification
d'indus**

Art. 1. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

60

1° A

l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 susvisée :

a) Au premier alinéa, les mots : « Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, » sont remplacés par les mots : « Sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas, cet indu, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et » sont remplacés par les mots : « des dispositions des quatrième à huitième alinéas et si l'assuré » ;

c) Il est ajouté dix alinéas ainsi rédigés :

61

V (*nouveau*). –

L'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus est ainsi modifié :

V. – L'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus est ainsi modifié :

1° Au *b* du 1°, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » et le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

1° Au *b* du 1°, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » et le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

« Préalablement à l'exercice du recours mentionné à l'article L. 142-4, l'assuré peut, dans un délai déterminé à compter de la notification de l'indu, par des observations écrites ou orales, demander la rectification des informations le concernant, lorsque ces informations ont une incidence sur le montant de cet indu. L'assuré justifie de sa demande par tous moyens en sa possession.

« Sans préjudice de la possibilité pour l'assuré d'exercer le recours mentionné à l'article L. 142-4, l'indu est mis en recouvrement au plus tôt, dans les conditions prévues par le présent article :

« 1° Soit à l'expiration du délai mentionné au troisième alinéa lorsque l'assuré n'a pas exercé, à cette date, le droit de rectification mentionné à ce même alinéa. Sans préjudice des dispositions du présent alinéa, la demande de rectification présentée postérieurement au délai mentionné au troisième alinéa est réputée être exercée dans les conditions du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4 ;

« 2° Soit, en cas d'exercice de ce droit de rectification :

« a) Au terme d'un délai déterminé suivant l'expiration d'un délai valant décision implicite de rejet ;

« b) Ou dès la notification de la décision du directeur à l'assuré lorsque cette notification intervient avant l'expiration du délai valant décision

62

2° Aux première et seconde phrases du quatrième alinéa ainsi qu'aux neuvième et onzième alinéas du c du même 1°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

2° Aux première et seconde phrases du quatrième alinéa ainsi qu'aux neuvième et onzième alinéas du c du même 1°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

implicite de rejet mentionné à l'alinéa précédent.

« Un décret en Conseil d'État fixe :

« 1° Le délai mentionné au troisième alinéa ;

« 2° Les délais mentionnés au *a* du 2° ;

« 3° Les mentions devant figurer sur la notification de l'indu, qui comportent obligatoirement le délai mentionné au troisième alinéa et les voies et délais du recours préalable mentionné à l'article L. 142-4. » ;

2° A
l'article L. 355-3, dans sa rédaction issue du 4° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 susvisée :

a) Au quatrième alinéa, les mots : « que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et » sont remplacés par les mots : « des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l'article L. 133-4-1 et si l'assuré » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des troisième à douzième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article. » ;

⑥3

.....
...
.....

3° Au second alinéa du *b* du 2°, du *c* du 3°, du *b* du 4°, du *c* du 5° et du *b* du 6°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier ».

3° Au second alinéa du *b* du 2°, du *c* du 3°, du *b* du 4°, du *c* du 5° et du *b* du 6°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier ».

Article 45 bis (nouveau)

Article 45 bis

Code de la sécurité sociale

Art. L. 544-6. – Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

①

②

③

Code du travail

Art. L. 1225-62. – Le salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour une période déterminée par décret, d'un congé de présence parentale.

Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Aucun de ces jours

④

I. –
L'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de présence parentale fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues à l'article L. 1225-62 du code du travail. »

II. – Le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 4 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1225-62 est ainsi rédigée : « Le salarié peut, avec l'accord de son employeur, transformer ce congé en période d'activité

I. –
L'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de présence parentale fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues à l'article L. 1225-62 du code du travail. »

II. – Le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 4 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1225-62 est ainsi rédigée : « Le salarié peut, avec l'accord de son employeur, transformer ce congé en période d'activité

ne peut être fractionné.

La durée initiale du congé est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée peut faire l'objet d'un nouvel examen dans les conditions fixées au second alinéa du même article L. 544-2.

Au-delà de la période déterminée au premier alinéa du présent article, le salarié peut à nouveau bénéficier d'un congé de présence parentale, dans le respect des dispositions du présent article et des articles L. 1225-63 à L. 1225-65 du présent code, dans les situations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 544-3 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 1225-63. –

Le salarié informe l'employeur de sa volonté de bénéficier du congé de présence parentale au moins quinze jours avant le début du congé.

⑤

Chaque fois qu'il souhaite prendre un ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit heures à l'avance.

⑥

⑦

à temps partiel ou le fractionner. » ;

à temps partiel ou le fractionner. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 1225-63 est ainsi rédigé :

2° Le second alinéa de l'article L. 1225-63 est ainsi rédigé :

« Chaque fois qu'il souhaite prendre une demi-journée, un jour ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit heures à l'avance. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ou en cas de situation de crise nécessitant une présence sans délai du salarié, ce dernier peut bénéficier de ce congé immédiatement. »

« Chaque fois qu'il souhaite prendre une demi-journée, un jour ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit heures à l'avance. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ou en cas de situation de crise nécessitant une présence sans délai du salarié, ce dernier peut bénéficier de ce congé immédiatement. »

III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le

III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le

		30 septembre 2020.	30 septembre 2020.
	Article 46	Article 46	Article 46
①	I. – Le livre 4 du code de la sécurité sociale est complété par un titre 9 ainsi rédigé :	I. – Le livre IV du code de la sécurité sociale est complété par un titre IX ainsi rédigé :	I. – Le livre IV du code de la sécurité sociale est complété par un titre IX ainsi rédigé :
②	« TITRE 9	« TITRE IX	« TITRE IX
③	« INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES	(Alinéa sans modification)	« INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES
④	« Art. L. 491-1. – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :	« Art. L. 491-1. – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :	« Art. L. 491-1. – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides, au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable, faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :
⑤	« 1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :	« 1° (Alinéa sans modification)	« 1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :
⑥	« a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés agricoles ;	« a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés des professions agricoles ;	« a) Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés des professions agricoles ;
⑦	« b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles ;	« b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles ;	« b) Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles ;
⑧	« c) Les assurés relevant du régime des	« c) Les assurés relevant du régime	« c) Les assurés relevant du régime

	accidents et des maladies professionnelles en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;	d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;	d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
			<u>« d) (nouveau) Les assurés relevant, au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français :</u>
			Amdt n° 183
⑨	« 2° Au titre de la solidarité nationale :	« 2° (Alinéa sans modification)	« 2° Au titre de la solidarité nationale :
⑩	« a) Les assurés non-salariés agricoles mentionnés aux b et c du 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du présent article ;	« a) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au b du 1° ou relevant du c du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;	« a) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au b du 1° ou relevant du c du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;
⑪	« b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime et qui auraient cessé leur activité non salariée agricole antérieurement au 1 ^{er} avril 2002 ;	« b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1 ^{er} avril 2002 ;	« b) Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime qui ont cessé leur activité non salariée agricole avant le 1 ^{er} avril 2002 ;
⑫	« c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa.	« c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.	« c) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.
			<u>« d) (nouveau) Les personnes qui résident ou ont résidé à proximité d'espaces traités avec des pesticides, à une fin autre que celle de travailler dans les espaces traités ou</u>

	<p>⑬ « Les dispositions du présent titre ne sont applicables aux personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.</p> <p>⑭ « La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 qui leur sont</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p> <p>« La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions qui leur sont applicables du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du</p>	<p><u>d'appliquer les pesticides, ou dans des zones dont les sols ou les eaux présentent des quantités de résidus de pesticides supérieures à des valeurs fixées par voie réglementaire, et qui sont atteintes d'une pathologie résultant directement de leur exposition aux pesticides. La liste des pathologies et les conditions de résidence que ces personnes doivent remplir pour prétendre à une indemnisation sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'environnement et de l'agriculture, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et de l'Agence nationale de santé publique.</u></p> <p>Amdt n° 184</p> <p>« Les dispositions du présent titre ne sont applicables aux personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.</p> <p>« La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions qui leur sont applicables du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du</p>
--	---	---	--

	applicables.	Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.	Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.
⑮	<p>« Les enfants mentionnés au c du 2° bénéficient, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, d'une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels.</p>	(Alinéa <i>sans modification</i>)	« Les <u>personnes mentionnées aux c et d</u> du 2° bénéficient, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, d'une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels.
⑯	<p>« La réparation prévue aux alinéas précédents, qui présente un caractère forfaitaire, ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle, selon les voies de recours de droit commun.</p>	(Alinéa <i>sans modification</i>)	« La réparation prévue aux alinéas précédents, qui présente un caractère forfaitaire, ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle, selon les voies de recours de droit commun.
⑰	<p>« Art. L. 491-2. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° de l'article L. 491-1 selon des règles de procédure définies par décret.</p>	« Art. L. 491-2. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° de l'article L. 491-1 du présent code selon des règles de procédure définies par décret.	« Art. L. 491-2. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° de l'article L. 491-1 du présent code selon des règles de procédure définies par décret.
⑱	<p>« Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur son imputabilité aux pesticides mentionnés au premier alinéa de l'article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.</p>	« Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur l'imputabilité de la pathologie aux pesticides mentionnés au premier alinéa de l'article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.	« Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur l'imputabilité de la pathologie aux pesticides mentionnés au premier alinéa de l'article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.
⑲	<p>« Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1 du code</p>	« Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1, aux	« Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1, aux

	<p>de la sécurité sociale, aux caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du même code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code, sa décision portant sur les points mentionnés à l'alinéa précédent afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de cet article.</p> <p>⑳ « Art. L. 491-3. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux enfants mentionnés au <i>c</i> du 2° de l'article L. 491-1 et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.</p> <p>㉑ « Il appartient au demandeur ou à son représentant légal de produire des éléments de nature à établir l'exposition à des pesticides et à justifier de son état de santé.</p> <p>㉒ « Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est avéré, à toutes investigations et expertises</p>	<p>caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du présent code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code sa décision portant sur les points mentionnés au deuxième alinéa du présent article afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1 du présent code, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1.</p> <p>« Art. L. 491-3. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux enfants mentionnés au <i>c</i> du 2° de l'article L. 491-1 du présent code et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.</p> <p>(Alinéa sans modification)</p> <p>« Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est établi, à toutes investigations et expertises</p>	<p>caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du présent code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code sa décision portant sur les points mentionnés au deuxième alinéa du présent article afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1 du présent code, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1.</p> <p>« Art. L. 491-3. – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux <u>personnes mentionnées aux <i>c</i> et <i>d</i></u> du 2° de l'article L. 491-1 du présent code et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.</p> <p>Amdt n° 184</p> <p>« Il appartient au demandeur ou à son représentant légal de produire des éléments de nature à établir l'exposition à des pesticides et à justifier de son état de santé.</p> <p>« Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est établi, à toutes investigations et expertises</p>
--	--	---	---

utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans un délai fixé par décret en Conseil d'État, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. A défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

23

« Art. L. 491-4. – Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.

24

« Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme

utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, à compter du 1^{er} janvier 2021, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« Art. L. 491-4. – Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 du présent code qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.

« Le fonds peut requérir de tout service de l'État, de toute collectivité publique, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales et de

utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans les six mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, à compter du 1^{er} janvier 2021, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« Art. L. 491-4. – Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 du présent code qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.

« Le fonds peut requérir de tout service de l'État, de toute collectivité publique, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales et de

	<p>assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.</p>	<p>tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.</p>	<p>tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.</p>
②5	<p>« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.</p>
②6	<p>« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires.</p>
②7	<p>« Art. L. 491-5. – En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve des adaptations le cas échéant fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>« Art. L. 491-5. – En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve, le cas échéant, des adaptations fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>« Art. L. 491-5. – En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux <i>a</i> et <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve, le cas échéant, des adaptations fixées par décret en Conseil d'État.</p>
②8	<p>« En ce qui concerne les demandes relatives aux enfants mentionnés au <i>c</i> du 2° de l'article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au troisième de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a</p>	<p>« En ce qui concerne les demandes relatives aux enfants mentionnés au e du 2° du même article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a</p>	<p>« En ce qui concerne les demandes relatives aux <u>personnes mentionnées aux c et d</u> du 2° du même article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article L. 491-3 ou s'il n'a</p>

	<p>été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.</p>	<p>été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.</p>	<p>pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.</p>
			Amdt n° 184
29	<p>« Art. L. 491-6. – Le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes et organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des indemnités à la charge de ces personnes.</p>	<p>« Art. L. 491-6. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 491-6. – Le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes et organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des indemnités à la charge de ces personnes.</p>
30	<p>« Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices, ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues par les articles L. 376-1 et L. 454-1.</p>	<p>« Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code.</p>	<p>« Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code.</p>
31	<p>« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.</p>

<p>Code rural et de la pêche maritime</p> <p><i>Art. L. 253-8-2. – I.-</i> Il est perçu une taxe sur les produits phytopharmaceutiques bénéficiant, en application du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 21 octobre 2009, concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/ CEE et 91/414/ CEE du Conseil, et de l'article L. 253-1, d'une autorisation de mise sur le marché ou d'un permis de commerce parallèle.</p> <p>II.-Cette taxe est due chaque année par le titulaire de l'autorisation ou du permis de commerce parallèle valides au 1^{er} janvier de l'année d'imposition.</p> <p>III.-Elle est assise, pour chaque produit phytopharmaceutique mentionné au I, sur le montant total, hors taxe sur la valeur ajoutée, des ventes réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes des produits qui sont expédiés vers un autre État membre</p>	<p>③② « Art. L. 491-7. – Pour les enfants <u>mentionnés au c</u> du 2° de l'article L. 491-1, le droit à indemnisation par le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage. »</p> <p>③③ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>	<p>« Art. L. 491-7. – (Alinéa <i>sans modification</i>) »</p> <p>II. – (Alinéa <i>sans modification</i>)</p>	<p>« Art. L. 491-7. – Pour les <u>personnes mentionnées aux c et d</u> du 2° de l'article L. 491-1, le droit à indemnisation par le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage. »</p> <p>Amdt n° 184</p> <p>II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :</p>
---	--	--	--

de l'Union européenne ou exportés hors de l'Union européenne.

IV.-Le taux de la taxe, plafonné à 0,3 % du chiffre d'affaires mentionné au III, est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget. Le cas échéant, le montant de la taxe est arrondi à l'euro inférieur. Le seuil minimal de recouvrement est de 100 €.

V.-Une déclaration par autorisation de mise sur le marché ou par permis de commerce parallèle, conforme au modèle établi par l'administration, retrace les informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits donnant lieu au paiement de la taxe. La taxe est acquittée lors du dépôt de la déclaration, et au plus tard le 31 mai de chaque année.

VI.-Le produit de la taxe est affecté à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques.

34

1° A
l'article L. 253-8-2 :

35

a) Au IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

36

b) Le VI est remplacé par les dispositions suivantes :

37

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

38

« 1° A l'Agence nationale de sécurité

1° L'article L. 253-8-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

b) Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – (*Alinéa sans modification*)

« 1° À l'Agence nationale de sécurité

1° L'article L. 253-8-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

b) Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° À l'Agence nationale de sécurité

.....
...
sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

③⑨ « 2° Au Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides mentionnés à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de ce même article, pour sa part restante. » ;

④⑩ 2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :

④⑪ « Art. L. 723-13-3. – Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion- Il est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole met à disposition du fonds

sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1, pour sa part restante. » ;

2° (Alinéa sans modification)

« Art. L. 723-13-3. – (Alinéa sans modification)

sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1, pour sa part restante. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-13-3. – Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion et un conseil scientifique chargé d'actualiser les ressources scientifiques du fonds en matière d'imputabilité de pathologies à l'exposition professionnelle ou non

	les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.		<u>professionnelle aux pesticides</u> . Il est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole met à disposition du fonds les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.
			Amdt n° 185
	« Le fonds enregistré en recettes :	<i>(Alinéa sans modification)</i>	« Le fonds enregistré en recettes :
④2			
④3	« 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 pour la part mentionnée au 2° du VI de cet article ;	« 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 du présent code pour la part mentionnée au 2° du VI du même article L. 253-8-2 ;	« 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 du présent code pour la part mentionnée au 2° du VI du même article L. 253-8-2 ;
④4	« 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;	« 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;	« 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
④5	« 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;	« 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;	« 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
④6	« 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance-accidents du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, destinée à couvrir les	« 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du	« 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du

	dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;	Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;	Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;
			<p style="text-align: center;"><i>« 4° bis (nouveau) »</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français ;</u></p>
		Amdt n° 183	
④7	« 5° Les sommes perçues en application des dispositions de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;	« 5° Les sommes perçues en application de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;	« 5° Les sommes perçues en application de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;
④8	« 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.	« 6° (Alinéa sans modification)	« 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.
④9	« Le fonds enregistré en dépenses :	(Alinéa sans modification)	« Le fonds enregistré en dépenses :
⑤0	« 1° La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;	« a) La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;	« a) La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;
⑤1	« 2° Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.	« b) Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.	« b) Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.
⑤2	« Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.	« Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1 du présent code. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.	« Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1 du présent code. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.

⑤3	<p>« Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa. »</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa du présent article. »</p>	<p>« Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion <u>et du conseil scientifique mentionnés</u> au premier alinéa du présent article. <u>Les membres du conseil scientifique ne sont pas rémunérés et aucun frais lié à son fonctionnement ne peut être pris en charge par une personne publique.</u> »</p>
⑤4	<p>III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.</p>	<p>Amdt n° 185</p> <p>III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. <u>Toutefois, les demandes de réparation ne peuvent être déposées en application de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale qu'à compter du 1^{er} juillet 2020. Ce délai ne fait pas obstacle, lorsque les conditions d'ouverture du droit à réparation sont réunies antérieurement à la date de la demande, au versement rétroactif de prestations dans la limite des six mois précédant celui au cours duquel la demande est déposée, pour les demandes déposées jusqu'au 31 décembre 2020.</u></p>
⑤5	<p>IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, les personnes mentionnées au 1^o et au <i>a</i> du 2^o de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à</p>	<p>IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au</p>	<p>Amdt n° 186</p> <p>IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au</p>

	<p>l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, sous réserve que le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur ait été délivré après le 31 décembre 2009.</p>	31 décembre 2021 :	31 décembre 2021 :
⑤6	<p>Les personnes mentionnées au <i>b</i> du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.</p>	1° Les personnes mentionnées au 1° et au <i>a</i> du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1 ^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;	1° Les personnes mentionnées au 1° et au <i>a</i> du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1 ^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;
⑤7		2° Les personnes mentionnées au <i>b</i> du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019.	2° Les personnes mentionnées au <i>b</i> du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019.
⑤8	<p>Par dérogation à l'article L. 491-7, les personnes mentionnées au <i>c</i> du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.</p>	<p>Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées au <i>a</i> du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de cette consolidation.</p>	<p>Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées <u>aux <i>c</i> et <i>d</i></u> du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de cette consolidation.</p>
⑤9		V (<i>nouveau</i>). – Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au	V. – Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport

Amdt n° 184

<p>Code civil</p> <p><i>Art. 373-2-2. – En cas de séparation entre les parents, ou entre ceux-ci et l'enfant, la contribution à son entretien et à son éducation prend la forme d'une pension alimentaire</i></p>	<p>① Après le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est rétabli un III <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>② « III <i>bis</i>. – Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits affectés au fonds en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. »</p> <p>CHAPITRE 2</p> <p>Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales</p> <p>Article 48</p> <p>I. – Le code civil est ainsi modifié :</p> <p>①</p> <p>1° A</p> <p>② l'article 373-2-2 :</p> <p>③ a) Avant le premier alinéa, il est inséré un : « I. – » ;</p>	<p>Parlement un rapport évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds prévu au présent article de la définition des pesticides retenue par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles.</p> <p>Article 47</p> <p>Le III <i>bis</i> de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rétabli :</p> <p>« III <i>bis</i>. – Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits qui lui sont affectés en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. »</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales</p> <p>Article 48</p> <p>I. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>1° L'article 373-2-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;</p>	<p>évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds prévu au présent article de la définition des pesticides retenue par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles.</p> <p>Article 47</p> <p>Le III <i>bis</i> de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rétabli :</p> <p>« III <i>bis</i>. – Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »</p> <p>Amdt n° 221</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales</p> <p>Article 48</p> <p>I. – Le code civil est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article 373-2-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;</p>
--	---	---	---

versée, selon le cas, par l'un des parents à l'autre, ou à la personne à laquelle l'enfant a été confié.

Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut, par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.

Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant.

Elle peut être en tout ou partie servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.

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

④	<p>b) Les deuxième à cinquième alinéas sont remplacés par dix-sept alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par quinze alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par quinze alinéas ainsi rédigés :</p>
⑤	<p>« Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées, selon le cas, par :</p>	<p>« Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :</p>	<p>« Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :</p>
⑥	<p>« 1° Une décision judiciaire ;</p>	<p>« 1° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 1° Une décision judiciaire ;</p>
⑦	<p>« 2° Une convention homologuée par le juge ;</p>	<p>« 2° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 2° Une convention homologuée par le juge ;</p>
⑧	<p>« 3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;</p>	<p>« 3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;</p>
⑨	<p>« 4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;</p>	<p>« 4° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;</p>
⑩	<p>« 5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en</p>	<p>« 5° (Alinéa sans modification)</p>	<p>« 5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en</p>

	<p>application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.</p>
⑪	<p>« Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.</p>
⑫	<p>« Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.</p>	<p>(Alinéa modification) sans</p>	<p>« Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.</p>
⑬	<p>« II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre cinquième du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :</p>	<p>« II. – (Alinéa modification) sans</p>	<p>« II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre cinquième du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :</p>
⑭	<p>« 1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;</p>	<p>« 1° (Alinéa modification) sans</p>	<p>« 1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;</p>
⑮	<p>« 2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;</p>	<p>« 2° (Alinéa modification) sans</p>	<p>« 2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;</p>
⑯	<p>« 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres visés aux 2°</p>	<p>« 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés</p>	<p>« 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés</p>

	<p>à 5° du I.</p> <p>⑰ « Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.</p> <p>⑱ « Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I ci-dessus, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Il en est de même dans le cas visé au 2° du I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.</p> <p>⑲ « Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du I, ainsi que les modalités de leur transmission. »</p>	<p>aux 2° à 5° du I.</p> <p>(Alinéa modification) sans</p> <p>« Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.</p> <p>« Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission. » ;</p>	<p>aux 2° à 5° du I.</p> <p>« Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.</p> <p>« Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.</p> <p>« Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission. » ;</p>
--	---	--	---

<p><i>Art. 373-2-3. –</i> Lorsque la consistance des biens du débiteur s’y prête, la pension alimentaire peut être remplacée, en tout ou partie, sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, par le versement d’une somme d’argent entre les mains d’un organisme accrédité chargé d’accorder en contrepartie à l’enfant une rente indexée, l’abandon de biens en usufruit ou l’affectation de biens productifs de revenus.</p>	<p>20 2° A l’article 373-2-3 :</p> <p>21 a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;</p>	<p>2° L’article 373-2-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) (Alinéa sans modification)</p>	<p>2° L’article 373-2-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;</p>
	<p>22 b) Sont ajoutés les mots : « , sous les modalités et garanties prévues par la décision, l’acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l’article 373-2-2. » ;</p>	<p>b) Sont ajoutés les mots : « , sous les modalités et garanties prévues par la décision, l’acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l’article 373-2-2 » ;</p>	<p>b) Sont ajoutés les mots : « , sous les modalités et garanties prévues par la décision, l’acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l’article 373-2-2 » ;</p>
<p><i>Art. 373-2-6. –</i> Le juge du tribunal de grande instance délégué aux affaires familiales règle les questions qui lui sont soumises dans le cadre du présent chapitre en veillant spécialement à la sauvegarde des intérêts des enfants mineurs.</p>	<p>23 3° A l’article 373-2-6 :</p>	<p>3° L’article 373-2-6 est ainsi modifié :</p>	<p>3° L’article 373-2-6 est ainsi modifié :</p>
<p>Le juge peut prendre les mesures permettant de garantir la continuité et l’effectivité du maintien des liens de l’enfant avec chacun de ses parents.</p>			
<p>Il peut notamment ordonner l’interdiction de sortie de l’enfant du territoire français sans l’autorisation des deux parents. Cette interdiction de sortie du territoire sans l’autorisation des deux parents est inscrite au fichier des personnes recherchées par le procureur de la République.</p>			
<p>Il peut, même d’office, ordonner une astreinte pour assurer</p>	<p>24 a) Au quatrième alinéa, les mots : « la convention de divorce par</p>	<p>a) À la fin de la deuxième phrase de l’avant-dernier alinéa, les</p>	<p>a) À la fin de la deuxième phrase de l’avant-dernier alinéa, les</p>

l'exécution de sa décision. Si les circonstances en font apparaître la nécessité, il peut assortir d'une astreinte la décision rendue par un autre juge ainsi que l'accord parental constaté dans la convention de divorce par consentement mutuel. Les dispositions des articles L. 131-2 à L. 131-4 du code des procédures civiles d'exécution sont applicables.

Il peut également, lorsqu'un parent fait délibérément obstacle de façon grave ou renouvelée à l'exécution d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale, le condamner au paiement d'une amende civile d'un montant qui ne peut excéder 10 000 €.

Code de la construction et de l'habitation

Art. L. 821-6. – Les aides personnelles au logement sont incessibles et insaisissables, sauf :

1° Au profit de l'organisme payeur, pour le recouvrement des prestations indûment versées ;

2° Au profit de l'établissement habilité ou du bailleur, en cas de versement de l'aide en tiers payant.

consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 373-2-2 » ;

(25)

b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».

(26)

II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

(27)

« 3° Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du

mots : « la convention de divorce par consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 373-2-2 » ;

b) (Alinéa sans modification)

II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du

mots : « la convention de divorce par consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 373-2-2 » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».

II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du

<p>Code pénal</p> <p><i>Art. 227-3.</i> – Le fait, pour une personne, de ne pas exécuter une décision judiciaire, une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil lui imposant de verser au profit d'un enfant mineur, d'un descendant, d'un ascendant ou du conjoint une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature dues en raison de l'une des obligations familiales prévues par le code civil, en demeurant plus de deux mois sans s'acquitter intégralement de cette obligation, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p> <p>Les infractions prévues par le premier alinéa du présent article sont assimilées à des abandons de famille pour l'application du 3° de l'article 373 du code civil.</p> <p><i>Art. 227-4.</i> – Le fait, par une personne tenue, dans les conditions prévues à l'article 227-3, à l'obligation de verser une pension, une contribution, des subsides ou des prestations de toute nature, de ne pas notifier son changement de domicile au créancier dans un délai d'un mois à compter de ce changement, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.</p>	<p>code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »</p> <p>III. – Le code pénal est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil » ;</p> <p>2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », il est inséré les mots : « , ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».</p>	<p>code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »</p> <p>III. – (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « , une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 » ;</p> <p>2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », sont insérés les mots : « ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».</p>	<p>code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »</p> <p>III. – Le code pénal est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « , une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 » ;</p> <p>2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », sont insérés les mots : « ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».</p>
--	--	---	---

Code des procédures civiles d'exécution

Art. L. 111-3
(Article L111-3 - version 5.0 (2017) - Vigueur avec terme) . – Seuls constituent des titres exécutoires :

1° Les décisions des juridictions de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif lorsqu'elles ont force exécutoire, ainsi que les accords auxquels ces juridictions ont conféré force exécutoire ;

2° Les actes et les jugements étrangers ainsi que les sentences arbitrales déclarés exécutoires par une décision non susceptible d'un recours suspensif d'exécution, sans préjudice des dispositions du droit de l'Union européenne applicables ;

3° Les extraits de procès-verbaux de conciliation signés par le juge et les parties ;

4° Les actes notariés revêtus de la formule exécutoire ;

4° *bis* Les accords par lesquels les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresignée par avocats, déposés au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;

5° Le titre délivré par l'huissier de justice en cas de non-paiement d'un chèque ou en cas d'accord entre le créancier et le débiteur dans les conditions prévues à

①

IV. – Le code des procédures civiles et d'exécution est ainsi modifié :

②

1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », il est inséré les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot « contresignée » est remplacé par le mot « contresigné » ;

IV. – Le code des procédures civiles et d'exécution est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot : « contresignée » est remplacé par le mot : « contresigné » ;

IV. – Le code des procédures civiles et d'exécution est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot : « contresignée » est remplacé par le mot : « contresigné » ;

l'article L. 125-1 ;

6° Les titres délivrés par les personnes morales de droit public qualifiés comme tels par la loi, ou les décisions auxquelles la loi attache les effets d'un jugement.

Art. L. 161-3. – Les sommes dues en exécution d'une décision judiciaire au titre des pensions alimentaires, des contributions aux charges du mariage prescrites par l'article 214 du code civil, des rentes prévues par l'article 276 ou des subsides mentionnés à l'article 342 du même code peuvent être recouvrées pour le compte du créancier par les comptables publics compétents dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.

Art. L. 213-1. – Tout créancier d'une pension alimentaire peut se faire payer directement le montant de cette pension par les tiers débiteurs de sommes liquides et exigibles envers le débiteur de la pension. Il peut notamment exercer ce droit entre les mains de tout débiteur de sommes dues à titre de rémunération, ainsi que de tout dépositaire de fonds.

La demande en paiement direct est recevable dès qu'une échéance d'une pension alimentaire n'a pas été payée à son terme et qu'elle a été fixée par :

1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ;

③③

③④

③⑤

2° À

l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;

3° À

l'article L. 213-1 :

a) Il est inséré après

2° À

l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;

3° L'article L. 213-

1 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi

2° À

l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;

3° L'article L. 213-

1 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° bis ainsi

<p>2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ;</p> <p>3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire.</p> <p>Cette procédure est applicable au recouvrement de la contribution aux charges du mariage prévues par l'article 214 du code civil. Elle l'est aussi au recouvrement de la rente prévue par l'article 276 et des subsides prévus par l'article 342 du même code.</p> <p><i>Art. L. 213-4.</i> – La procédure de paiement direct est applicable aux termes à échoir de la pension alimentaire.</p> <p>Elle l'est aussi aux termes échus pour les six derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct.</p> <p>Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une</p>	<p>le 1° un 1° <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>③⑥ « 1° <i>bis</i> Une convention homologuée par le juge ; »</p> <p>③⑦ <i>b)</i> Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>③⑧ « 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »</p> <p>③⑨ <i>c)</i> Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :</p> <p>④⑩ « 4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>④① 4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>rédigé :</p> <p>« 1° <i>bis</i> (Alinéa sans modification) »</p> <p><i>b)</i> Le 2° est ainsi rédigé :</p> <p>« 2° (Alinéa sans modification) »</p> <p><i>c)</i> (Alinéa sans modification)</p> <p>« 4° (Alinéa sans modification)</p> <p>4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est ainsi rédigé :</p>	<p>rédigé :</p> <p>« 1° <i>bis</i> Une convention homologuée par le juge ; »</p> <p><i>b)</i> Le 2° est ainsi rédigé :</p> <p>« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »</p> <p><i>c)</i> Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :</p> <p>« 4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est ainsi rédigé :</p>
---	---	--	--

période de douze mois.

Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire pour les vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Le règlement de ces sommes est fait par fractions égales sur une période de vingt-quatre mois.

④2

« Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'État. »

(Alinéa
modification)

sans

« Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'État. »

④3

V. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

V. – (Alinéa
modification) sans

V. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Code de la sécurité sociale

Art. L. 523-1. – (...)

.....

...

IV.-Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :

④4

1° Au IV de l'article L. 523-1 :

1° Le IV de l'article L. 523-1 est ainsi modifié :

1° Le IV de l'article L. 523-1 est ainsi modifié :

④5

1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;

a) Au 1°, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

a) (Alinéa
modification) sans

a) Au 1°, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

2° Un acte reçu en la forme authentique par un

<p>notaire ;</p> <p>3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code.</p>	<p>④6 <i>b)</i> Il est inséré après le 3° un 4° ainsi rédigé :</p> <p>④7 « 4° Une convention homologuée par le juge »</p>	<p><i>b)</i> Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :</p> <p>« 4° (<i>Alinéa sans modification</i>) »</p>	<p><i>b)</i> Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :</p> <p>« 4° Une convention homologuée par le juge »</p>
<p><i>Art. L. 553-4. – I.-</i></p> <p>Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire.</p>	<p>④8 2° Au I de l'article L. 553-4 :</p> <p>④9 <i>a)</i> Au deuxième alinéa, les mots : « dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 :</p> <p>⑤0 <i>b)</i> Au 1°, après les mots : « des enfants », il est inséré les mots : « , ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;</p>	<p>2° Le I de l'article L. 553-4 est ainsi modifié :</p> <p><i>a)</i> (<i>Alinéa sans modification</i>)</p> <p><i>b)</i> Au 1°, après le mot : « enfants », sont insérés les mots : « ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;</p>	<p>2° Le I de l'article L. 553-4 est ainsi modifié :</p> <p><i>a)</i> Au deuxième alinéa, les mots : « dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions » sont remplacés par les mots : « selon les modalités » ;</p> <p><i>b)</i> Au 1°, après le mot : « enfants », sont insérés les mots : « ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;</p>
<p>Toutefois, peuvent être saisis dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 :</p> <p>1°) pour le paiement des dettes alimentaires ou l'exécution de la contribution aux charges du mariage et liées à l'entretien des enfants : l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial ;</p> <p>2°) pour le paiement des frais entraînés par les soins, l'hébergement, l'éducation ou la formation notamment dans les établissements mentionnés à l'article L. 541-1 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. En cas</p>			

de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'organisme débiteur de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

Sur demande de l'allocataire, les cotisations d'assurance volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 sont recouvrées sur les prestations familiales visées à l'article L. 511-1, à l'exception de l'allocation de logement.

⑤1 c) Après le 2°, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

⑤2 « Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.

⑤3 « Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le recouvrement de la pension alimentaire peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;

⑤4 3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

c) Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

(Alinéa sans modification)

« Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le paiement de la pension alimentaire, dans le cadre de l'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1, peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;

3° (Alinéa sans modification)

c) Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.

« Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le paiement de la pension alimentaire, dans le cadre de l'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1, peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;

3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

.....
...

Art. L. 581-8. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées.

	<p>⑤5 « Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;</p>	<p>« Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et à la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;</p>	<p>« Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et à la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;</p>
	<p>⑤6 4° L'article L. 582-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>4° L'article L. 582-1 est ainsi rédigé :</p>	<p>4° L'article L. 582-1 est ainsi rédigé :</p>
<p>Art. L. 582-1. – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.</p> <p>Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.</p> <p>Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas</p>	<p>⑤7 « Art. L. 582-1. – I. – Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.</p> <p>⑤8 « Cette intermédiation est mise en œuvre :</p> <p>⑤9 « 1° Dans les conditions définies au II de l'article 373-2-2 du code civil, lorsqu'elle est prévue par une décision de justice ou un acte mentionné au</p>	<p>« Art. L. 582-1. – (Alinéa sans modification)</p> <p>(Alinéa sans modification)</p> <p>« 1° Dans les conditions définies au II de l'article 373-2-2 du code civil, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;</p>	<p>« Art. L. 582-1. – I. – Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.</p> <p>« Cette intermédiation est mise en œuvre :</p> <p>« 1° Dans les conditions définies au II de l'article 373-2-2 du code civil, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;</p>

être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2.

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

	même II ;		
60	« 2° A défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.	« 2° À défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.	« 2° À défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.
61	« Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :	(Alinéa sans modification)	« Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :
62	« a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;	« a) (Alinéa sans modification)	« a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;
63	« b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue à l'article L. 512-1 ;	« b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;	« b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;
64	« c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.	« c) (Alinéa sans modification)	« c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
65	« Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités	(Alinéa sans modification)	« Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités

	fixées par décret en Conseil d'État.		fixées par décret en Conseil d'État.
⑥6	« II. – Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre.	« II. – (Alinéa sans modification)	« II. – Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre.
⑥7	« Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées à l'alinéa précédent.	« Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.	« Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.
⑥8	« Les délais de transmission des informations mentionnées au premier alinéa du présent II, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.	« Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.	« Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.
⑥9	« En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.	(Alinéa sans modification)	« En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.
⑦0	« III. – Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par	« III. – (Alinéa sans modification)	« III. – Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par

	l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.		l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.
71	« IV. – Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.	« IV. – (Alinéa sans modification)	« IV. – Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.
72	« Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.	(Alinéa sans modification)	« Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.
73	« V. – Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.	« V. – (Alinéa sans modification)	« V. – Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.
74	« VI. – En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées.	« VI. – (Alinéa sans modification)	« VI. – En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées.
75	« Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.	(Alinéa sans modification)	« Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.

⑦⑥	« VII. – L'intermédiation financière cesse :	« VII. – (Alinéa sans modification)	« VII. – L'intermédiation financière cesse :
⑦⑦	« 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;	« 1° (Alinéa sans modification)	« 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;
⑦⑧	« 2° A la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;	« 2° À la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;	« 2° À la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;
⑦⑨	« 3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;	« 3° (Alinéa sans modification)	« 3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;
⑧⑩	« 4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.	« 4° (Alinéa sans modification)	« 4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
⑧①	« La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.	(Alinéa sans modification)	« La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
⑧②	« VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.	« VIII. – (Alinéa sans modification)	« VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.
⑧③	« La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être	« La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être	« La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être

confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6.

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

1° Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV de l'article L. 523-1, ou n'a engagé de démarche en ce sens ;

.....
...

confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6.

84 « IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152-A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;

85 5° Au deuxième alinéa de l'article L. 582-2, les mots « et 2° » sont remplacés par les mots « , 2° et 4° » ;

86 6° A l'article L. 821-5 :

confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6 du présent code.

« IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;

5° Au 1° de l'article L. 582-2, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 4° » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 821-5 est ainsi modifié :

confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6 du présent code.

« IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;

5° Au 1° de l'article L. 582-2, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 4° » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 821-5 est ainsi modifié :

Art. L. 821-5. –
L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

87

a) La deuxième phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. » ;

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 » ;

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 » ;

88

b) A la troisième phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;

.....
...
Art. L. 845-5. – La prime d'activité est incessible et insaisissable.

89

7° L'article L. 845-5 est complété par les mots : « , sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. ».

7° L'article L. 845-5 est complété par les mots : « , sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 ».

7° L'article L. 845-5 est complété par les mots : « , sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 ».

90

VI. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

VI. – (*Alinéa sans modification*)

VI. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

Livre des procédures fiscales

Art. L. 152. – Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires

de l'État et assimilés, aux institutions mentionnées au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale, au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail les informations nominatives nécessaires :

1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;

2° au calcul des prestations ;

3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;

4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;

5° Au recouvrement des prestations indûment versées ;

6° A l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;

7° Au calcul des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale.

⑨1 1° A l'article L. 152 :

⑨2 a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

⑨3 « 8° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations

1° L'article L. 152 est ainsi modifié :

a) (*Alinéa sans modification*)

« 8° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations

1° L'article L. 152 est ainsi modifié :

a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à 7°, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.

94

familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au neuvième alinéa, qui devient le dixième, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;

familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au neuvième alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;

familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au neuvième alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;

.....
...
 Livre des procédures fiscales

Art. L. 152. – Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes et services chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, aux services chargés de la gestion et du paiement des pensions aux fonctionnaires de l'État et assimilés, aux institutions mentionnées au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale, au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail les informations nominatives nécessaires :

1° à l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des droits aux prestations ;

2° au calcul des prestations ;

3° à l'appréciation des conditions d'assujettissement aux cotisations et contributions ;

4° à la détermination de l'assiette et du montant des cotisations et contributions ainsi qu'à leur recouvrement ;

5° Au recouvrement des prestations indûment versées ;

6° A l'appréciation des conditions d'ouverture et de maintien des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale ;

7° Au calcul des prestations versées dans le cadre de leur mission légale en matière d'action sanitaire et sociale.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les demandes, échanges et traitements nécessaires à la communication des informations mentionnées aux 1° à 7°, lorsqu'elles concernent des personnes physiques.

Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement.

Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux, au régime agricole de sécurité sociale ou à l'assurance chômage.

Art. L. 152 A. – En application des articles L. 583-3 du code de la sécurité sociale, L. 851-1 et L. 851-2 du code de la construction et de l'habitation, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs.

Art. L. 152 A. – En application des articles L. 583-3 du code de la sécurité sociale, L. 851-1 et L. 851-2 du code de la construction et de l'habitation, l'administration des impôts est tenue de communiquer aux organismes débiteurs de prestations familiales toutes les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs.

95

2° A
l'article L. 152 A :

96

a) Les mots : « nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs. » sont remplacés par le mot : « nécessaires : » ;

2° L'article L. 152
A est ainsi modifié :

a) Après le mot : « informations », la fin est ainsi rédigée : « nécessaires : » ;

2° L'article L. 152
A est ainsi modifié :

a) Après le mot : « informations », la fin est ainsi rédigée : « nécessaires : » ;

<p>Art. L. 162 A. – Conformément à l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir de l'administration des impôts, pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées, les renseignements mentionnés à l'article L. 152-1 du code des procédures civiles d'exécution.</p>	<p>97) b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>98) « 1° A l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;</p> <p>99) « 2° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>b) (Alinéa sans modification)</p> <p>« 1° À l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;</p> <p>« 2° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 1° À l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;</p> <p>« 2° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;</p>
<p>Livre des procédures fiscales</p> <p>Art. L. 162 A. – Conformément à l'article L. 581-8 du code de la sécurité sociale, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent obtenir de l'administration des impôts, pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées, les renseignements mentionnés à l'article L. 152-1 du code des procédures civiles</p>	<p>100) 3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>

d'exécution.

**Loi n° 75-618 du
11 juillet 1975
RELATIVE AU
RECOUVREMENT
PUBLIC DES
PENSIONS
ALIMENTAIRES**

Art. 1. – Toute pension alimentaire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par l'une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents lorsque celle-ci a été fixée par :

1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ;

(101)

« Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organisme de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »

(102)

VII. – A l'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires :

(103)

1° Il est inséré après le 1° un 1° *bis* ainsi rédigé :

(104)

« 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

(105)

2° Le 2° est remplacé par les

« Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organisme de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »

VII. – L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* (Alinéa *sans modification*) »

2° Le 2° est ainsi

« Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organisme de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »

VII. – L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

2° Le 2° est ainsi

2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ;

3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;

4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.

Art. 1. – Toute pension alimentaire dont le recouvrement total ou partiel n'a pu être obtenu par l'une des voies d'exécution de droit privé peut être recouvrée pour le compte du créancier par les comptables publics compétents lorsque celle-ci a été fixée par :

1° Une décision judiciaire devenue exécutoire ;

2° Une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire ;

3° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;

4° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code

(106)

dispositions suivantes :

« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »

rédigé :

« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; ».

rédigé :

« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; ».

de la sécurité sociale.

<p>(107)</p>	<p>VIII. – Les dispositions des troisième à septième alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction issue du I, du 2° du III, du troisième alinéa du c du 2° et du 4° du V ainsi que les dispositions du VI s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception des dispositions du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 4° du V, qui s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire et à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les autres cas.</p>	<p>VIII. – Les 2° et 3° ainsi que les trois derniers alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction résultant du I, le 2° du III, le troisième alinéa du c du 2° et le 4° du V ainsi que le VI s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 4° du V, qui s'applique à compter du 1^{er} juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire et à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les autres cas.</p>	<p>VIII. – Les 2° et 3° ainsi que les trois derniers alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction résultant du I, le 2° du III, le troisième alinéa du c du 2° et le 4° du V ainsi que le VI s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 4° du V, qui s'applique à compter du 1^{er} juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire et à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les autres cas.</p>
<p>(108)</p>	<p>Les dispositions du 1° du III sont applicables aux faits commis après l'entrée en vigueur de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p>	<p>Le 1° du III est applicable aux faits commis après l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>	<p>Le 1° du III est applicable aux faits commis après l'entrée en vigueur de la présente loi.</p>
<p>(109)</p>	<p>IX. – Les présentes dispositions s'appliquent dans les collectivités d'outre-mer dans les conditions suivantes :</p>	<p>IX. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes :</p>	<p>IX. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes :</p>
<p>(110)</p>	<p>1° Les dispositions du code civil dans leur rédaction résultant du I sont applicables à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 résultant du b) du 1° du même I ;</p>	<p>1° Le I s'applique à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 du code civil ;</p>	<p>1° Le I s'applique à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 du code civil ;</p>
<p>(111)</p>	<p>2° Pour l'application du III dans les îles Wallis et Futuna, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie et les Terres australes et antarctiques françaises, à l'article 711-1 du code pénal, les termes : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts</p>	<p>2° Le III est applicable dans les îles Wallis et Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises ;</p>	<p>2° Le III est applicable dans les îles Wallis et Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises ;</p>

Code pénal

Art. 711-1. – Sous réserve des adaptations prévues au présent titre, les livres I^{er} à V sont applicables, dans leur rédaction résultant de l'ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna.

(112)

financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » sont remplacés par les termes : « la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2020. » ;

2° bis À l'article 711-1 du code pénal, la référence : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » est remplacée par la référence : « la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2020 » ;

2° bis À l'article 711-1 du code pénal, la référence : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » est remplacée par la référence : « la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2020 » ;

(113)

3° Le IV est applicable à Wallis-et-Futuna ;

3° (Alinéa sans modification)

3° Le IV est applicable à Wallis-et-Futuna ;

(114)

4° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement des pensions alimentaires est applicable dans les collectivités de Wallis-et-Futuna, de Polynésie française et de Nouvelle Calédonie.

4° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

4° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

Article 49

①

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Article 49

I. – (Alinéa sans modification)

Article 49

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

②

1° Après l'article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :

1° (Alinéa sans modification)

1° Après l'article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :

③

« Art. L. 214-1-1. – Les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs

« Art. L. 214-1-1. – Afin d'informer les familles, les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par

« Art. L. 214-1-1. – Afin d'informer les familles, les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par

Code de l'action sociale et des familles

Art. L. 421-3. –

L'agrément nécessaire pour exercer la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial est délivré par le président du conseil départemental du département où le demandeur réside.

Un référentiel approuvé par décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément.

Au cours de la procédure d'instruction de la demande d'agrément, le service départemental de protection maternelle et infantile mentionné au chapitre II du titre I^{er} du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique peut solliciter l'avis d'un assistant maternel ou d'un assistant familial n'exerçant plus cette profession, mais disposant d'une expérience professionnelle d'au moins dix ans, et titulaire d'un des diplômes prévus par voie réglementaire.

La procédure d'instruction doit permettre de s'assurer de la maîtrise du français oral par le candidat.

L'agrément est accordé à ces deux professions si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs et majeurs de

disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

④

2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots :

2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots : « et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de

2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots : « et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de

moins de vingt et un ans accueillis, en tenant compte des aptitudes éducatives de la personne. Les modalités d'octroi ainsi que la durée de l'agrément sont définies par décret. Cette durée peut être différente selon que l'agrément est délivré pour l'exercice de la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial. Les conditions de renouvellement de l'agrément sont fixées par ce décret. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 421-9, le renouvellement de l'agrément des assistants familiaux est, sous réserve des vérifications effectuées au titre du sixième alinéa du présent article, automatique et sans limitation de durée lorsque la formation mentionnée à l'article L. 421-15 est sanctionnée par l'obtention d'une qualification.

.....

...

Art. L. 421-4. -

L'agrément de l'assistant maternel précise le nombre et l'âge des mineurs qu'il est autorisé à accueillir simultanément ainsi que les horaires de l'accueil. Le nombre des mineurs accueillis simultanément ne peut être supérieur à quatre y compris le ou les enfants de moins de trois ans de l'assistant maternel présents à son domicile, dans la limite de six mineurs de tous âges au total. Toutefois, le président du conseil départemental peut, si les conditions

son identité et de ses coordonnées par les organismes en charge d'une mission de service public mentionnés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » ;

son identité et de ses coordonnées par les organismes en charge d'une mission de service public mentionnés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » ;

~~« et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État » ;~~

d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil de plus de quatre enfants simultanément, dans la limite de six enfants au total pour répondre à des besoins spécifiques. Lorsque le nombre de mineurs fixé par l'agrément est inférieur à quatre, le président du conseil départemental peut modifier celui-ci pour augmenter le nombre de mineurs que l'assistant maternel est autorisé à accueillir simultanément, dans la limite de quatre mineurs et dans les conditions mentionnées ci-dessus.

Le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément fixé par l'agrément est sans préjudice du nombre de contrats de travail, en cours d'exécution, de l'assistant maternel.

L'agrément initial de l'assistant maternel autorise l'accueil de deux enfants au minimum, sauf si les conditions d'accueil ne le permettent pas. Le refus de délivrer un premier agrément autorisant l'accueil de deux enfants ou plus est motivé.

Art. L. 421-6. –
Lorsque la demande d'agrément concerne l'exercice de la profession d'assistant maternel, la décision du président du

⑤ 3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4 est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑥ « Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

conseil départemental est notifiée dans un délai de trois mois à compter de cette demande. A défaut de notification d'une décision dans ce délai, l'agrément est réputé acquis.

Lorsque la demande d'agrément concerne l'exercice de la profession d'assistant familial, la décision du président du conseil départemental est notifiée dans un délai de quatre mois à compter de cette demande. A défaut de notification d'une décision dans ce délai, l'agrément est réputé acquis, ce délai pouvant être prolongé de deux mois suite à une décision motivée du président du conseil départemental.

Si les conditions de l'agrément cessent d'être remplies, le président du conseil départemental peut, après avis d'une commission consultative paritaire départementale, modifier le contenu de l'agrément ou procéder à son retrait. En cas d'urgence, le président du conseil départemental peut suspendre l'agrément. Tant que l'agrément reste suspendu, aucun enfant ne peut être confié.

Toute décision de retrait de l'agrément, de suspension de l'agrément ou de modification de son contenu doit être dûment motivée et transmise sans délai aux intéressés.

La composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de la commission présidée par le président du conseil départemental ou son représentant, mentionnée au troisième alinéa, sont

4° (nouveau) Après le troisième alinéa de l'article L. 421-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Amdt n° 158

« Le manquement aux obligations de déclaration et d'information mentionnées à l'article L. 421-4 ne peut constituer à lui seul un motif de retrait ou de suspension de l'agrément de l'assistant maternel. »

Amdt n° 158

définies par voie réglementaire.

La commission est notamment consultée chaque année sur le programme de formation des assistants maternels et des assistants familiaux ainsi que sur le bilan de fonctionnement de l'agrément.

Les modalités du contrôle auquel sont soumis les assistants maternels sont définies par décret en Conseil d'État.

⑦ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

Article 49 bis (nouveau)

Article 49 bis

Code de la sécurité sociale

Art. L. 531-5. – I.-

Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend deux parts :

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

b) Une part calculée, selon les modalités prévues

au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant ;

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

La condition mentionnée au cinquième alinéa du présent I ne s'applique pas :

-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

①

②

-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 5423-1 et L. 5423-2 du code du travail ;

-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont

Après le huitième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique mentionné à l'article L. 120-3 du code du service national ; ».

Après le huitième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique mentionné à l'article L. 120-3 du code du service national ; ».

définies par décret en Conseil d'État.

.....
.....

**Ordonnance
n° 2002-149 du
7 février 2002 relative
à l'extension et la
généralisation des
prestations familiales
et à la protection
sociale dans la
collectivité
départementale de
Mayotte**

Art. 8. – Une allocation de rentrée scolaire est attribuée pour chaque enfant inscrit dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé en exécution de l'obligation scolaire, à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire et jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire, sous réserve de l'âge limite prévu à l'article 5.

Cette allocation est attribuée sous réserve que les ressources de la personne seule ou du ménage n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge. Ce plafond est fixé par décret et revalorisé par arrêté conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail.

Article 50

① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

② 1° A l'article 8 :

③ a) A la deuxième phrase du deuxième alinéa, après les mots « revalorisé par arrêté », les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

Article 50

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° L'article 8 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

Article 50

I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 8 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

Le montant de cette allocation peut varier selon le cycle scolaire suivi par l'enfant. Les établissements scolaires sont autorisés à transmettre les listes d'enfants inscrits à l'organisme gestionnaire mentionné à l'article 19.

Art. 10-1. – Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux fixé par décret.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.

L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission

④

b) Il est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :

⑤

« Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

⑥

2° A la section 4 *bis* :

⑦

a) L'article 10-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑧

« *Art. 10-1.* – Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

2° La section 4 *bis* du chapitre III du titre I^{er} est ainsi modifiée :

a) L'article 10-1 est ainsi rédigé :

« *Art. 10-1.* –
(*Alinéa sans modification*)

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

2° La section 4 *bis* du chapitre III du titre I^{er} est ainsi modifiée :

a) L'article 10-1 est ainsi rédigé :

« *Art. 10-1.* – Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;

mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, qui apprécie si l'état de l'enfant justifie cette attribution.

Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant handicapé ne donne pas suite aux mesures préconisées par la commission, l'allocation peut être suspendue ou supprimée dans les mêmes conditions et après audition de cette personne sur sa demande.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.

L'article L. 581-1 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Art. 10-2. – Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de son complément mentionnés à l'article 10-1 de la présente ordonnance ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.

Art. 12. – Les articles L. 133-4-6, L. 512-5, L. 551-1,

⑨

⑩

b) L'article 10-2 est abrogé ;

3° A l'article 12, après le mot : « articles », il est inséré la référence :

b) (Alinéa sans modification)

3° À l'article 12, après le mot : « articles », est insérée la référence :

b) L'article 10-2 est abrogé ;

3° À l'article 12, après le mot : « articles », est insérée la référence :

L. 552-1, L. 553-1,
L. 554-1, L. 554-2,
L. 554-3, L. 554-4, L. 583-1
et L. 583-3 du code de la
sécurité sociale sont
applicables aux prestations
prévues au présent chapitre.

⑪

« L. 133-3 ».

II. – 1° Le *a* du 1°
du I du présent article entre
en vigueur le
1^{er} janvier 2021.

⑫

2° Le bénéfice des
dispositions du *b* du 1° du I
est ouvert au titre de la
rentrée scolaire 2020, et la
prestation peut être versée
jusqu'au
31 décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

⑬

3° Le 2° du I entre
en vigueur à une date fixée
par décret, et au plus tard le
1^{er} décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

Article 51

①

Le code de la
sécurité sociale est ainsi
modifié :

Code de la sécurité sociale

Art. L. 216-4. – Des
organismes locaux du
régime général de sécurité
sociale des départements
dont toutes les communes
ont été classées en zone de
revitalisation rurale en
application de
l'article 1465 A du code
général des impôts peuvent,
sur l'initiative de leurs
conseils et conseils
d'administration, proposer
la création, à titre
expérimental pour une
durée de cinq ans, d'une
caisse commune exerçant
les missions des organismes
concernés. Cette caisse est

②

I. – A
l'article L. 216-4, les mots :
« des départements dont
toutes les communes ont
été classées en zone de
revitalisation rurale en
application de
l'article 1465 A du code
général des impôts » sont
supprimés et les mots : « à
titre expérimental pour une
durée de cinq ans » sont
remplacés par les mots :
« aux fins d'opérer des
mutualisations de services
et de consolider
l'implantation territoriale ».

« L. 133-3 ».

II. – A. – Le *a* du 1°
du I du présent article entre
en vigueur le
1^{er} janvier 2021.

B. – Le bénéfice des
dispositions du *b* du 1° du I
est ouvert au titre de la
rentrée scolaire 2020, et la
prestation peut être versée
jusqu'au
31 décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

C. – Le 2° du I entre
en vigueur à une date fixée
par décret, et au plus tard le
1^{er} décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

Article 51

La section 2 *bis* du
chapitre VI du titre I^{er} du
livre II du code de la
sécurité sociale est ainsi
modifiée :

1° À la première
phrase de l'article L. 216-4,
les mots : « des
départements dont toutes
les communes ont été
classées en zone de
revitalisation rurale en
application de
l'article 1465 A du code
général des impôts » sont
supprimés et les mots : « à
titre expérimental pour une
durée de cinq ans » sont
remplacés par les mots :
« aux fins d'opérer des
mutualisations de services
et de consolider
l'implantation

« L. 133-3 ».

II. – A. – Le *a* du 1°
du I du présent article entre
en vigueur le
1^{er} janvier 2021.

B. – Le bénéfice des
dispositions du *b* du 1° du I
est ouvert au titre de la
rentrée scolaire 2020, et la
prestation peut être versée
jusqu'au
31 décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

C. – Le 2° du I entre
en vigueur à une date fixée
par décret, et au plus tard le
1^{er} décembre 2020. Cette
échéance peut être retardée
par décret jusqu'au
30 juin 2021.

Article 51

La section 2 *bis* du
chapitre VI du titre I^{er} du
livre II du code de la
sécurité sociale est ainsi
modifiée :

1° À la première
phrase de l'article L. 216-4,
les mots : « des
départements dont toutes
les communes ont été
classées en zone de
revitalisation rurale en
application de
l'article 1465 A du code
général des impôts » sont
supprimés et les mots : « à
titre expérimental pour une
durée de cinq ans » sont
remplacés par les mots :
« aux fins d'opérer des
mutualisations de services
et de consolider
l'implantation

créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

Art. L. 216-5. – La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune :

1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

2° De représentants des associations familiales ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'État et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° De personnes qualifiées.

Siège également, avec voix consultative, un représentant désigné en son sein par l'instance régionale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 612-4.

Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à

③

II. – A
l'article L. 216-5 :

④

1° Les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;

⑤

2° La dernière phrase du septième alinéa est remplacée par les

territoriale » ;

2° L'article L. 216-5 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;

b) La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée :

territoriale » ;

2° L'article L. 216-5 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;

b) La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée :

l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales.

Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

Art. L. 216-7. – A l'issue de l'expérimentation, le ministre chargé de la sécurité sociale peut constituer de manière définitive, par arrêté, une caisse commune chargée d'assurer tout ou partie des missions exercées par la caisse créée en application de l'article L. 216-4.

Cet arrêté est pris après avis du conseil de la caisse commune et des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

La caisse commune fonctionne conformément aux articles L. 216-5 et L. 216-6.

Art. L. 114-9. – Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des

dispositions suivantes :

~~« Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. »~~

« Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. » ;

3° (nouveau)
L'article L. 216-7 est abrogé.

Article 51 bis (nouveau)

« Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. » ;

3° L'article L. 216-7 est abrogé.

Article 51 bis

⑥

organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'État le rapport établi à l'issue des investigations menées.

L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article.

Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu à l'article L. 114-8-1 ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. »

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu à l'article L. 114-8-1 ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. »

Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. A défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin.

Art. L. 114-12. –

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code, les caisses assurant le service des congés payés, Pôle emploi et les administrations de l'État se communiquent les renseignements qui :

1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits ;

3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces

Article 51 ter (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, après le mot : « renseignements », sont insérés les mots : « , ainsi que les données ou documents s'y rapportant, ».

Article 51 ter

Au premier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, après le mot : « renseignements », sont insérés les mots : « , ainsi que les données ou documents s'y rapportant, ».

organismes ;

4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

Les informations ainsi obtenues ont la même valeur que les données détenues en propre.

Art. L. 114-16-3. –

Les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-16-1 sont les suivants :

1° Les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail ;

2° Les agents des administrations centrales de l'État chargés de la lutte contre la fraude aux finances publiques désignés par le directeur ou le directeur général de chaque administration à cet effet ;

3° Les agents de direction des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ; les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10, L. 243-7 et L. 611-16 du présent code et aux articles L. 724-7 et L. 724-8 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Les agents des organismes nationaux mentionnés au titre II du livre II du présent code désignés par le directeur ou le directeur général de chaque organisme à cet effet ; les agents de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés par son directeur à cet effet ;

**Article
51 quater (nouveau)**

Article 51 quater

5° Les agents de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail désignés par son directeur général à cet effet ;

6° Les agents de l'organisme mentionné à l'article L. 5427-1 du même code désignés par son directeur général à cet effet et les agents agissant en application de l'article L. 3253-14 du même code désignés par le directeur de l'institution prévue au premier alinéa du même article à cet effet.

①

②

L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les agents de chaque organisme mentionné à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique désignés par le directeur de chacun de ces organismes. »

Article

51 quinquies (nouveau)

Dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 3

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Art. L. 161-17-2. –
L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite

L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les agents de chaque organisme mentionné à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique désignés par le directeur de chacun de ces organismes. »

Article 51 quinquies

Dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE III

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52 A (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est

mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-deux ans pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955.

Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :

1° A raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

2° A raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1954.

Art. L. 351-8. –

Bénéficient du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :

1° Les assurés qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années ;

1° *bis* Les assurés ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial telle que définie à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles qui atteignent l'âge de soixante-cinq ans dans des conditions déterminées par

remplacé par le mot : « soixante-quatre » et l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1963 » ;

b) Au deuxième alinéa, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1963 », l'année « 1951 », est remplacée par l'année : « 1959 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;

c) Au troisième alinéa, l'année : « 1951 » est remplacée, deux fois, par l'année : « 1959 » ;

d) Au dernier alinéa, l'année : « 1952 » est remplacée par l'année : « 1960 » et l'année : « 1954 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;

décret en Conseil d'État ;

1° *ter* Les assurés justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, qui atteignent l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 ;

2°) les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 ;

3°) les anciens déportés ou internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

4°) les mères de famille salariées justifiant d'une durée minimum d'assurance dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles qui ont élevé au moins un nombre minimum d'enfants, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, et qui ont exercé un travail manuel ouvrier pendant une durée déterminée ;

4° *bis*) les travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ;

5°) les anciens prisonniers de guerre lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée à un âge variant suivant la durée de captivité dans des conditions fixées par décret.

Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le

régime le plus favorable.

Toute partie de mois n'est pas prise en considération.

Les dispositions du 5°) ci-dessus s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.

Article 52

①

~~I. Au titre de 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés de 0,3 %.~~

②

~~Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :~~

③

1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 euros par mois.

④

Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur

Article 52

~~I. – (Alinéa sans modification)~~

~~(Alinéa sans modification)~~

~~1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 € par mois.~~

~~Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur~~

2° Après le mot : « âge », la fin du 1° de l'article L. 351-8 est ainsi rédigée : « de soixante-sept ans ; ».

Amdt n° 166

**Article 52
(Supprimé)**

Amdt n° 167

	<p>à 2 000 euros et inférieur ou égal à 2 008 euros, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 euros et inférieur ou égal à 2 012 euros, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 euros et inférieur ou égal à 2 014 euros, le coefficient est égal à 1,004.</p>	<p>à 2 000 € et inférieur ou égal à 2 008 €, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 dudit code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 € et inférieur ou égal à 2 012 €, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 € et inférieur ou égal à 2 014 €, le coefficient est égal à 1,004.</p>
⑤	<p>Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre alinéas précédents ;</p>	<p>Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre premiers alinéas du présent I ;</p>
⑥	<p>2° Les majorations mentionnées aux articles L. 351-10 du code de la sécurité sociale, L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que les minima de pension faisant référence à cet article, pour leurs montants accordés à la liquidation ;</p>	<p>2° Les majorations mentionnées à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les minima de pension faisant référence au même article L. 17, pour leurs montants accordés à la liquidation ;</p>
⑦	<p>3° Le montant minimum de la pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>3° (Alinéa sans modification)</p>
⑧	<p>4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;</p>	<p>4° (Alinéa sans modification)</p>

⑨	<p>5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du même code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;</p>	<p>5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint Pierre et Miquelon ;</p>
⑩	<p>6° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>6° (Alinéa sans modification)</p>
⑪	<p>H. Le titre V du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A l'article L. 652-4, les mots : « et le montant des retraites » sont supprimés ;</p> <p>2° La section 1 du chapitre III est complétée par un article L. 653-7-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 653-7-1. — Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. »</p>	<p>II. - (Supprimé)</p>
①	<p>Article 53</p>	<p>Article 53</p> <p>I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi</p>
		<p>Article 53</p> <p>I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi</p>

~~LIX. — Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

② 1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-0 ainsi rédigé :

③ « Art. L. 351-7-0. — La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

④ « Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;

modifié :

1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 351-7-1 A. — La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

(Alinéa sans modification)

modifié :

1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 351-7-1 A. — La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

« Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;

Code de la sécurité sociale

Art. L. 821-1. —

Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une

allocation aux adultes handicapés.

.....
.....

Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

⑤

2° A la première phrase du onzième alinéa de l'article L. 821-1, après les mots : « de l'allocation aux adultes handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-0 ou ».

⑥

⑦

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, après la première occurrence du mot : « handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou ».

I bis (nouveau). – L'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rétabli :

« Art. L. 732-30. – I. – La pension de retraite

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, après la première occurrence du mot : « handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou ».

I bis. – L'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rétabli :

« Art. L. 732-30. – I. – La pension de retraite

	<p>de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.</p>	<p>de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.</p>
⑧	<p>« II. – Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18. »</p>	<p>« II. – Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18. »</p>
⑨	<p>II. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :</p>	<p>II. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :</p>
⑩	<p>1° La section 3 du titre II est complétée par un article 11-1 ainsi rédigé :</p>	<p>1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre II est complétée par un article 11-1 ainsi rédigé :</p>
⑪	<p>« Art. 11-1. – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.</p>	<p>« Art. 11-1. – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.</p>
⑫	<p>« Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte</p>	<p>« Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte</p>

**Ordonnance
n° 2002-411 du
27 mars 2002 relative
à la protection
sanitaire et sociale à
Mayotte**

Art. 11 bis. – Le I, les deux derniers alinéas du II, les III, IV et le dernier alinéa du VI de l'article L. 161-17 du code de la sécurité sociale sont applicables sous réserve des adaptations suivantes :

1° Au second alinéa du III, les mots : " et les services de l'État chargés de la liquidation des pensions " sont remplacés par les mots : " à Mayotte " et les mots : " dans ces régimes " sont remplacés par les mots : " dans les régimes de retraite applicables à Mayotte " ;

2° Au IV, après le mot : " affiliée ", sont insérés les mots : " à Mayotte " et la référence à l'article L. 241-3-1 est supprimée.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

**Code de l'action
sociale et des familles**

Art. L. 262-10. – Le droit au revenu de solidarité

handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. » ;

⑬ 2° L'article 11 bis devient l'article 11-2.

⑭ III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

⑮ 1° A l'article L. 262-10 :

⑯ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

⑰ « I. – Le droit au revenu de solidarité active

2° (*Alinéa sans modification*)

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :

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

« I. – Le droit au revenu de solidarité active

handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. » ;

2° L'article 11 bis devient l'article 11-2.

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

1° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :

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

« I. – Le droit au revenu de solidarité active

active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3 et, sauf pour les personnes reconnues inaptes au travail dont l'âge excède celui mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, des pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires.

⑱

est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3.

« La condition prévue au premier alinéa ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, celui mentionné au premier alinéa de son article L. 351-1.

⑲

« Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de son article L. 351-7 ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. » ;

⑳

b) Les trois derniers alinéas forment un II ;

En outre, il est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits :

1° Aux créances d'aliments qui lui sont dues au titre des obligations

est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 222-3.

« La condition prévue au premier alinéa du présent I ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 dudit code.

« Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du même code que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. » ;

b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 222-3.

« La condition prévue au premier alinéa du présent I ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 dudit code.

« Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du même code que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. » ;

b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

instituées par les articles 203,212,214,255, 342 et 371-2 du code civil ainsi qu'à la prestation compensatoire due au titre de l'article 270 du même code ;

2° Aux pensions alimentaires accordées par le tribunal au conjoint ayant obtenu le divorce, dont la requête initiale a été présentée avant l'entrée en vigueur de la loi n° 75-617 du 11 juillet 1975 portant réforme du divorce.

Art. L. 262-12. – Le foyer peut demander à être dispensé de satisfaire aux obligations mentionnées aux deuxième à dernier alinéas de l'article L. 262-10. Le président du conseil départemental statue sur cette demande compte tenu de la situation du débiteur défaillant et après que le demandeur, assisté le cas échéant de la personne de son choix, a été mis en mesure de faire connaître ses observations. Il peut mettre fin au versement du revenu de solidarité active ou le réduire d'un montant au plus égal à celui de la créance alimentaire, lorsqu'elle est fixée, ou à celui de l'allocation de soutien familial.

⑰

2° A la première phrase de l'article L. 262-12, les mots : « aux deuxième à dernier alinéas » sont remplacés par les mots : « au II ».

2° À la première phrase de l'article L. 262-12, la référence : « aux deuxième à dernier alinéas » est remplacée par la référence : « au II ».

2° À la première phrase de l'article L. 262-12, la référence : « aux deuxième à dernier alinéas » est remplacée par la référence : « au II ».

⑱

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

IV. – (*Alinéa sans modification*)

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

Article 54

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

Article 54

I. – (*Alinéa sans modification*)

Article 54

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

Code de la sécurité sociale

①

Art. L. 242-5. – Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la

1° A (nouveau)
Après le premier alinéa de l'article L. 242-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Amdt n° 187

santé au travail d'après les règles fixées par décret.

Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la juridiction compétente pour connaître du contentieux mentionné au 7° de l'article L. 142-1, laquelle statue en premier et dernier ressort.

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail toute circonstance de nature à aggraver les risques.

« Le II de l'article L. 130-1 n'est pas applicable à la détermination du taux de cotisation mentionné au présent article. » :

Amdt n° 187

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ② | 1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés : | 1° (<i>Alinéa sans modification</i>) | 1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés : |
| ③ | « Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. | « Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées à l'employeur par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. | « Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées à l'employeur par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. |
| ④ | « Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition. | (<i>Alinéa sans modification</i>) | « Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition. |

⑤

« L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder, par établissement, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

« L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité à l'encontre de l'employeur, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder, par établissement, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.→»;

« L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité à l'encontre de l'employeur, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder, par établissement, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« La pénalité mentionnée au sixième alinéa est recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche

<p>..... ...</p>			<p><u>maritime, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement de ces cotisations ou contributions. » ;</u></p>
<p>Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du sixième alinéa, l'autorité compétente de l'État les détermine par arrêté.</p>	<p>⑥</p>	<p>1° bis (nouveau) À l'avant-dernier alinéa du même article L. 242-5, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;</p>	<p>Amdt n° 188</p> <p>1° bis À l'avant-dernier alinéa du même article L. 242-5, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;</p>
<p>Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations.</p>			
<p><i>Art. L. 434-3.</i> – En dehors des cas prévus aux articles L. 434-9 et L. 434-20, la pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital mais seulement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État et suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.</p>	<p>⑦ 2° A l'article L. 434-3 :</p> <p>⑧ a) Le premier alinéa est supprimé ;</p>	<p>2° L'article L. 434-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) (Alinéa sans modification)</p>	<p>2° L'article L. 434-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est supprimé ;</p>
<p>Le capital peut être converti en rente viagère. Les conditions de cette conversion sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>⑨ b) La première phrase du deuxième alinéa, devenu le premier, est remplacée par les dispositions suivantes :</p>	<p>b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en</p>	<p>b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en</p>

La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article L. 434-17.

Art. L. 434-4. – Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 751-13. – La cotisation due à la caisse de mutualité sociale agricole par chaque employeur est assise sur les revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 741-10.

Un décret en Conseil d'État précise les

~~« La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en rente réversible au bénéfice de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;~~

⑩ c) Au troisième alinéa, devenu le deuxième, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;

⑪ 3° A l'article L. 434-4 et à l'article L. 434-5, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La conversion de rente prévue », et le mot « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

rente réversible au bénéfice de son conjoint, du partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;

c) Au début du dernier alinéa, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;

3° Aux articles L. 434-4 et L. 434-5, au début, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La conversion de rente prévue » et le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

rente réversible au bénéfice de son conjoint, du partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;

c) Au début du dernier alinéa, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;

3° Aux articles L. 434-4 et L. 434-5, au début, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La conversion de rente prévue » et le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

I bis (nouveau). – Après le premier alinéa de l'article L. 751-13 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Amdt n° 187

« Le II de l'article L. 130-1 du code

conditions d'application du présent article.

Art. L. 434-5. – Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée.

⑫

II. – Les 2° et 3° du I du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

⑬

Les dispositions de l'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeurent applicables aux personnes qui, à la date de son entrée en vigueur, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

⑭

Les dispositions du 1° du I du présent article sont applicables :

⑮

1° A compter du 1^{er} janvier 2020 aux entreprises dont l'effectif est supérieur à 149 salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, à ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du

II. – Les ~~2° et 3°~~ du I du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

L'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure applicable aux personnes qui, avant le 1^{er} janvier 2020, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

Le 1° du I du présent article est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2020, aux entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, de ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du

de la sécurité sociale n'est pas applicable à la détermination du montant de la cotisation mentionnée au présent article. »

Amdt n° 187

II. – Les 1° A, 2° et 3° du I et I *bis* du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Amdt n° 187

L'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure applicable aux personnes qui, avant le 1^{er} janvier 2020, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

Le 1° du I du présent article est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2020, aux entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, de ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du

	<p>procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;</p> <p>2° A compter du 1^{er} janvier 2021 à l'ensemble des entreprises redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;</p> <p>2° À compter de dates fixées par décret, en fonction des effectifs des entreprises, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2022, aux entreprises dont l'effectif est inférieur à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;</p> <p>2° À compter de dates fixées par décret, en fonction des effectifs des entreprises, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2022, aux entreprises dont l'effectif est inférieur à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.</p> <p><u>III (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale 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.</u></p>
	<p style="text-align: center;">Article 55</p>	<p style="text-align: center;">Article 55</p>	<p style="text-align: center;">Article 55</p>
	<p>I. – Le livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>I. – <i>(Alinéa sans modification)</i></p>	<p>I. – Le livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>
	<p>1° L'article L. 323-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>1° L'article L. 323-2 est ainsi rédigé :</p>	<p>1° L'article L. 323-2 est ainsi rédigé :</p>
<p><i>Art. L. 323-2. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, l'indemnité journalière due aux personnes ayant atteint un âge déterminé, titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou</i></p>	<p>③ « Art. L. 323-2. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser, pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles</p>	<p>« Art. L. 323-2. – Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles</p>	<p>« Art. L. 323-2. – Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles</p>

Amdt n° 187

supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. Toutefois, l'indemnité journalière des assurés qui supportent des charges de famille est seulement réduite dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la pension ou la rente a été accordée à raison de l'inaptitude au travail de l'intéressé, l'indemnité journalière est supprimée à compter de l'expiration d'un délai déterminé.

Art. L. 325-1. – I.-
Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 160-8, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 160-13 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

II.-Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après :

1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège

bénéficient de cet avantage, une limite fixée par décret. »

④ 2° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

bénéficient de cet avantage. » ;

2° (*Alinéa sans modification*)

bénéficient de cet avantage. » ;

2° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ;

2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;

3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;

4° Personnes visées aux articles L. 161-8 et L. 161-9 du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général ;

5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de

⑤

a) Au II, les cinq occurrences des mots : « départements d'outre-mer » sont remplacées par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

⑥

b) Au 4° du II, après les mots : « régime local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et après les mots : « maintien de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

a) Aux 4°, 5° et 6° ainsi que, deux fois, au 7° du II, les mots : « départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

b) Au 4° du II, après le mot : « local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et, après les mots : « de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

a) Aux 4°, 5° et 6° ainsi que, deux fois, au 7° du II, les mots : « départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

b) Au 4° du II, après le mot : « local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et, après les mots : « de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

travailleurs frontaliers selon le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;

7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés à l'article L. 371-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

⑦

c) Au 7° du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;

c) (*Alinéa modification*) sans

c) Au 7° du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;

8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident en France ou dans un autre État de l'Union européenne et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1^{er} juillet 1998 ;

9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats

⑧

d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots « , en tant que salariés, » ;

⑨

e) Au 11° du II, les mots : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » sont remplacés par les mots : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004

d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots : « , en tant que salariés, » ;

e) Au 11° du II, la référence : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » est remplacée par la référence : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004

d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots : « , en tant que salariés, » ;

e) Au 11° du II, la référence : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » est remplacée par la référence : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004

membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°.

sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;

précitée » ;

précitée » ;

Le régime local est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des assurés sociaux énumérés ci-dessus.

III.-Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret.

Art. L. 325-2. - I.-

L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est administrée par un conseil d'administration dont les attributions, la composition et les modalités sont déterminées par décret.

Le conseil d'administration de l'instance de gestion établit chaque année, pour l'exercice comptable suivant, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du régime local compte tenu des objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale et dans les conditions définies par décret. A la clôture de l'exercice, il peut décider d'affecter une somme représentant au maximum 0,5 % des dépenses de prestations constatées durant l'exercice :

1° Soit au financement des actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de

⑩ *f)* Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective » est inséré le mot : « , totale » ;

⑪ *g)* Le III est supprimé ;

f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective », il est inséré le mot : « , totale » ;

g) (Alinéa sans modification)

f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective », il est inséré le mot : « , totale » ;

g) Le III est supprimé ;

soins ;

2° Soit au financement des programmes de santé publique élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique.

II.-L'affiliation au régime local ainsi que le service de ses prestations sont assurés par les caisses primaires d'assurance maladie en France métropolitaine et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Art. L. 341-1. –

L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Art. L. 341-2. – Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier à la fois d'une durée minimale d'affiliation et, au cours d'une période de référence, soit d'un

⑫

3° Au 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ; ;

⑬

4° L'article L. 341-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑭

Art. L. 341-1. – L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. » ;

⑮

5° A l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

3° À la fin du 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ;

4° L'article L. 341-1 est ainsi rédigé :

Art. L. 341-1. –
(Alinéa sans modification)

5° À l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

3° À la fin du 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ;

4° L'article L. 341-1 est ainsi rédigé :

Art. L. 341-1. – L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. » ;

5° À l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

Art. L. 341-7. – La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Art. L. 341-8. – Si la caisse primaire d'assurance maladie n'en a pas pris l'initiative, l'assuré social peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé.

Art. L. 341-9. – La pension est toujours concédée à titre temporaire.

Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L. 341-3 ou à compter de la date de la consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.

Art. L. 341-11. – La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Art. L. 341-12. – Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 341-14. – Un décret en Conseil d'État détermine la fraction de la pension qui peut être

⑩ 6° A l'article L. 341-7, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « dont relève l'assuré » ;

⑪ 7° A l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

⑫ 8° A l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

⑬ 9° A l'article L. 341-11, après le mot : « l'intéressé », sont insérés les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

⑭ 10° A l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions » sont remplacés par les mots : « , au-delà d'un seuil et dans des conditions » ;

⑮ 11° A l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet

6° L'article L. 341-7 est complété par les mots : « dont relève l'assuré » ;

7° À l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

9° L'article L. 341-11 est complété par les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

10° À l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions fixées » sont remplacés par les mots : « au delà d'un seuil et dans des conditions fixés » ;

11° À l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet

6° L'article L. 341-7 est complété par les mots : « dont relève l'assuré » ;

7° À l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

9° L'article L. 341-11 est complété par les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

10° À l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions fixées » sont remplacés par les mots : « au delà d'un seuil et dans des conditions fixés » ;

11° À l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet

maintenue à l'intéressé, quel que soit son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi des cours en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.

Art. L. 341-14-1. –

Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4 du présent code des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998).

En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.

Art. L. 341-16. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'incapacité au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de

d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;

12° A l'article L. 341-14-1, après la référence : « L. 351-1-4 », les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « L. 351-15 du présent code ou » et après la référence :

~~« L. 732-18-3 » sont ajoutés les mots : « L. 732-29 » ;~~

13° A l'article L. 341-16, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » et les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à laquelle ».

d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;

12° Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « L. 351-15 du présent code ou » et, après la référence : « L. 732-18-3 », est insérée la référence : « L. 732-29 » ;

13° L'article L. 341-16 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « pour laquelle » sont remplacés

d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;

12° Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « L. 351-15 du présent code ou » et, après la référence : « L. 732-18-3 », est insérée la référence : « L. 732-29 » ;

13° L'article L. 341-16 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à

22

23

24

25

l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficiaire de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15.

par les mots : « à laquelle ». laquelle ».

②6

II. - Le ~~livre VIII du code de la sécurité sociale~~ est ainsi modifié :

1° L'article L. 815-24 est ainsi modifié :

a) ~~À la fin du premier alinéa, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « déterminé pour garantir l'atteinte d'un niveau de ressources minimal, fixé par décret, correspondant aux plafonds fixés par décret en application de l'article L. 815-24-1 » ;~~

b) ~~Le dernier alinéa est supprimé ;~~

2° L'article L. 815-28 est abrogé ;

3° ~~À l'article L. 816-3, les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 » sont supprimés et les mots : « son attribution » sont remplacés par les mots :~~

II. - (*Supprimé*)

II. - (*Supprimé*)

~~« l'attribution de
l'allocation mentionnée à
l'article L. 815-24 ».~~

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 732-8. – Les prestations d'invalidité sont dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise, aux aides familiaux et aux associés d'exploitation, mentionnés aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 722-10 ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime, dans le cas où, en raison de son état de santé, l'intéressé est reconnu comme totalement inapte à l'exercice de la profession agricole.

Elles sont également allouées aux chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés au 1° de l'article L. 722-10 et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 qui perçoivent leurs prestations en nature du présent régime ainsi qu'aux époux coexploitants et aux associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée conformément à l'article L. 324-1 et mentionnés à l'article L. 324-8, qui présentent une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.

Les invalides, leurs conjoints et leurs enfants à charge bénéficient des prestations en nature de la présente assurance pour la maladie, la maternité et,

lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, pour les accidents qui leur surviennent.

Lorsque l'inaptitude totale ou la réduction partielle de la capacité à l'exercice de la profession agricole résulte pour partie d'un accident ou d'une maladie professionnelle, l'intéressé peut néanmoins prétendre aux prestations d'invalidité dès lors que cette réduction de capacité ou cette inaptitude est imputable pour moins de la moitié à l'accident ou à la maladie professionnelle.

Les dispositions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

27

III. – A
l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, après le quatrième alinéa est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :

28

« Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'État. »

29

IV. – Les montants des prestations d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle dont la date d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2020 sont portés, au 1^{er} janvier 2020, aux niveaux correspondants aux montants minimaux prévus à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction

III. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'État. »

IV. – *(Alinéa sans modification)*

III. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'État. »

IV. – Les montants des prestations d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle dont la date d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2020 sont portés, au 1^{er} janvier 2020, aux niveaux correspondants aux montants minimaux prévus à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction

	résultant de la présente loi.		résultant de la présente loi.
③0	V. – Une contribution de 11 millions d’euros destinée à financer le relèvement des prestations d’invalidité mentionnées à l’article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime est prélevée au titre de l’exercice 2020 sur les excédents du fonds mentionné à l’article L. 731-35-2 du même code.	V. – (<i>Alinéa sans modification</i>)	V. – Une contribution de 11 millions d’euros destinée à financer le relèvement des prestations d’invalidité mentionnées à l’article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime est prélevée au titre de l’exercice 2020 sur les excédents du fonds mentionné à l’article L. 731-35-2 du même code.
③1	VI. – A l’article L. 153 du livre des procédures fiscales, les mots : « , au troisième alinéa de l’article L. 815-28 » sont supprimés.	VI. – (<i>Supprimé</i>)	VI. – (<i>Supprimé</i>)
③2	VII. – Les dispositions prévues au 1° du I s’appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1 ^{er} janvier 2021. Les autres dispositions prévues au I s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020. Les dispositions prévues aux 1° et 3° du II du présent article s’appliquent à compter des allocations versées au titre du mois d’avril 2020.	VII. – Les dispositions prévues au 1° du I s’appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1 ^{er} janvier 2021. Les dispositions prévues aux 2° à 13° du I s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020. <i>(Alinéa supprimé)</i>	VII. – Les dispositions prévues au 1° du I s’appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1 ^{er} janvier 2021. Les dispositions prévues aux 2° à 13° du I s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020.
③3	Les dispositions prévues au 2° du II et au V s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020, y compris au titre des prestations versées antérieurement au 1 ^{er} janvier 2020.	Les dispositions prévues au V s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020.	Les dispositions prévues au V s’appliquent à compter du 1 ^{er} janvier 2020.
③4	Les dispositions prévues au III s’appliquent aux prestations d’invalidité au titre de l’inaptitude totale ou partielle liquidées à compter du 1 ^{er} janvier 2020.	<i>(Alinéa sans modification)</i>	Les dispositions prévues au III s’appliquent aux prestations d’invalidité au titre de l’inaptitude totale ou partielle liquidées à compter du 1 ^{er} janvier 2020.
①	Article 56 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi	Article 56 I. – (<i>Alinéa sans</i>)	Article 56 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi

Code de la sécurité sociale

Art. L. 323-3. –

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est servie, en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique, dans les cas suivants :

1° Le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;

2° L'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Les modalités de calcul de l'indemnité journalière versée en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ainsi que sa durée de versement sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Art. L. 323-4. –

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de

modifié :

②

1° Après le troisième alinéa de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③

« Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;

④

2° L'article L. 323-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

⑤

« *Art. L. 323-4. –* L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail,

modification)

1° Après le 2° de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification)

2° L'article L. 323-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-4. –* *(Alinéa sans modification)*

modifié :

1° Après le 2° de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;

2° L'article L. 323-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-4. –* L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail,

l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.

Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'État.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.

Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par

retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière.

⑥ « Le revenu d'activité antérieur journalier est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

⑦ « La fraction, le plafond ainsi que les modalités de détermination des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

Amdt n° 151

« Le revenu d'activité journalier antérieur est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

(Alinéa sans modification)

« La fraction, le plafond ainsi que les modalités de détermination des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

l'article L. 251-4.

<p>⑧</p>	<p>3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :</p>	<p>3° (Alinéa sans modification)</p>	<p>3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :</p>
<p>⑨</p>	<p>« Art. L. 382-21-1. – I. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité.</p>	<p>« Art. L. 382-21-1. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« Art. L. 382-21-1. – I. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité.</p>
<p>⑩</p>	<p>« L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.</p>
<p>⑪</p>	<p>« Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.</p>
<p>⑫</p>	<p>« Les conditions prévues aux articles L323-4-1 à L323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.</p>	<p>« Les conditions prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.</p>	<p>« Les conditions prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.</p>
<p>⑬</p>	<p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent I.</p>	<p>(Alinéa sans modification)</p>	<p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent I.</p>
<p>⑭</p>	<p>« II. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. L'indemnité journalière est égale à une fraction de</p>	<p>« II. – (Alinéa sans modification)</p>	<p>« II. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. L'indemnité journalière est égale à une fraction de</p>

Art. L. 433-1. – La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur.

Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2.

L'indemnité journalière est servie en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. Le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle

l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte. » ;

⑮ 4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

⑯ « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. »

4° (*Alinéa modification*) sans

(*Alinéa modification*) sans

l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte. » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. »

ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.

Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.

Code rural et de la pêche maritime

Art. L. 732-4. –
Bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° de l'article L. 722-4 exerçant à titre exclusif ou principal ;

2° Les collaborateurs

(17)

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

II. – (*Alinéa sans modification*)

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

d'exploitation mentionnés à l'article L. 321-5 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article ;

3° Les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés au 1° du présent article.

Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation, aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

En cas d'interruption de travail, l'assuré envoie au service du contrôle médical de la caisse de mutualité sociale agricole, dans un délai déterminé par décret, un avis d'arrêt de travail qui comporte la signature du médecin. En cas de non-respect de ce délai, le directeur de la caisse de mutualité sociale agricole peut mettre en œuvre une sanction. Un décret fixe le niveau de cette sanction, dans la limite de sept jours de suspension d'indemnités à compter de la réception de l'arrêt de travail par la caisse, ainsi que les conditions dans lesquelles elle est prononcée.

Les articles L. 323-3, L. 323-3-1, L. 323-5, L. 323-6 et L. 323-7 du code de la sécurité sociale sont applicables au service des prestations prévues au présent article. Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires

⑮

1° Au septième alinéa de l'article L. 732-4, après les mots : « L. 323-3 », sont insérés les mots : « à l'exception de son quatrième alinéa » ;

1° Au début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « Les articles L. 323-3, » sont remplacés par les mots : « L'article L. 323-3, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, ainsi que les articles » ;

1° Au début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « Les articles L. 323-3, » sont remplacés par les mots : « L'article L. 323-3, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, ainsi que les articles » ;

d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Art. L. 752-5-1. –
L'indemnité journalière est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse de Mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.

La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé par le médecin traitant dans les mêmes conditions.

A compter de la date de reconnaissance par le médecin-conseil de la reprise d'un travail léger et pour toute la durée de cette reprise, la majoration de l'indemnité, mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 752-5, n'est pas due.

La durée de versement de l'indemnité journalière ainsi que son montant sont déterminés par décret. NOTA :

Conformément au II de l'article 63 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

⑰

2° A
l'article L. 752-5-1 :

⑳

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

㉑

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure » ;

㉒

b) Le deuxième alinéa est abrogé ;

㉓

c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

2° L'article L. 752-5-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par les mots : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

2° L'article L. 752-5-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par les mots : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

②4	<p>III. – Les dispositions du 2° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.</p>	<p>III. – Les dispositions prévues au 2° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.</p>	<p>III. – Les dispositions prévues au 2° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.</p>
②5	<p>Les dispositions du 3° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.</p>	<p>Les dispositions prévues au 3° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.</p>	<p>Les dispositions prévues au 3° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.</p>
②6		<p>IV (<i>nouveau</i>). – À titre expérimental, par dérogation à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale et pour une durée maximale de deux ans, afin de prévenir la désinsertion professionnelle, la Caisse nationale de l'assurance maladie met en place des plateformes départementales pluridisciplinaires placées auprès des caisses primaires d'assurance maladie désignées à cette fin et coordonnant l'intervention des différents services de l'assurance maladie sur le territoire et des services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ces plateformes peuvent, le cas échéant, associer à leurs actions d'autres acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle. Elles interviennent dès qu'un assuré en arrêts de travail fréquents ou prolongés est identifié comme exposé à un risque de désinsertion professionnelle par son employeur, un service social ou un professionnel de santé. La plateforme départementale, avec l'accord de l'assuré et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués, notamment le</p>	<p>IV. – À titre expérimental, par dérogation à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale et pour une durée maximale de deux ans, afin de prévenir la désinsertion professionnelle, la Caisse nationale de l'assurance maladie met en place des plateformes départementales pluridisciplinaires placées auprès des caisses primaires d'assurance maladie désignées à cette fin et coordonnant l'intervention des différents services de l'assurance maladie sur le territoire et des services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ces plateformes peuvent, le cas échéant, associer à leurs actions d'autres acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle. Elles interviennent dès qu'un assuré en arrêts de travail fréquents ou prolongés est identifié comme exposé à un risque de désinsertion professionnelle par son employeur, un service social ou un professionnel de santé. La plateforme départementale, avec l'accord de l'assuré et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués, notamment le</p>

②⑦

médecin du travail, le médecin traitant et le médecin conseil, réalise un diagnostic de la situation de l'assuré, définit un parcours d'accompagnement approprié, en assure le suivi et établit un bilan de suivi.

La Caisse nationale de l'assurance maladie, responsable de traitement, assure une synthèse anonymisée des situations des assurés et de leur évolution en exploitant ces bilans, afin de mesurer les résultats et l'impact du dispositif pour lutter contre la désinsertion professionnelle.

médecin du travail, le médecin traitant et le médecin conseil, réalise un diagnostic de la situation de l'assuré, définit un parcours d'accompagnement approprié, en assure le suivi et établit un bilan de suivi.

La Caisse nationale de l'assurance maladie, responsable de traitement, assure une synthèse anonymisée des situations des assurés et de leur évolution en exploitant ces bilans, afin de mesurer les résultats et l'impact du dispositif pour lutter contre la désinsertion professionnelle.

Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation identifiant les éventuels apports des plateformes départementales à la lutte contre la désinsertion professionnelle.

Amdt n° 154

**TITRE IV
DOTATIONS ET
OBJECTIFS DE
DEPENSE DES
BRANCHES ET DES
ORGANISMES
CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES
REGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 57

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à

**TITRE III
DOTATIONS ET
OBJECTIFS DE
DEPENSE DES
BRANCHES ET DES
ORGANISMES
CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES
REGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 57

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé

**TITRE III
DOTATIONS ET
OBJECTIFS DE
DEPENSE DES
BRANCHES ET DES
ORGANISMES
CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES
REGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 57

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé

①

	649 millions d'euros pour l'année 2020.	à 649 millions d'euros pour l'année 2020.	à 649 millions d'euros pour l'année 2020.
②	II. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 139 millions d'euros pour l'année 2020.	II. – (<i>Alinéa sans modification</i>)	II. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 139 millions d'euros pour l'année 2020.
③	III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 150 millions d'euros pour l'année 2020.	III. – (<i>Alinéa sans modification</i>)	III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 150 millions d'euros pour l'année 2020.
①		Article 57 bis (nouveau) I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Article 57 bis I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
②		1° Le titre IV du livre I ^{er} est ainsi modifié :	1° Le titre IV du livre I ^{er} est ainsi modifié :
③		a) Au début de l'intitulé, les mots : « Expertise médicale – » sont supprimés ;	a) Au début de l'intitulé, les mots : « Expertise médicale – » sont supprimés ;
④		b) Le chapitre I ^{er} est abrogé ;	b) Le chapitre I ^{er} est abrogé ;
⑤		c) La section 5 du chapitre II est complétée par un article L. 142-10-2 ainsi rédigé :	c) La section 5 du chapitre II est complétée par un article L. 142-10-2 ainsi rédigé :

Code de la sécurité sociale

⑥

Art. L. 142-11. –

Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles les frais exposés à ce titre peuvent être avancés par l'État ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont, dans ce cas, remboursés à ce dernier par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.

Un arrêté détermine les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la Caisse nationale de l'assurance maladie en application du présent article sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux mentionnés au livre VII et les organismes institués par le livre VI.

Art. L. 315-2. – I.-

Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de

⑦

« Art. L. 142-10-2.

– Les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

d) Au premier alinéa de l'article L. 142-11, les mots : « en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que » sont supprimés et la référence : « aux 4° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

« Art. L. 142-10-2.

– Les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

d) Au premier alinéa de l'article L. 142-11, les mots : « en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que » sont supprimés et la référence : « aux 4° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

prise en charge.

II.-Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. A défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :

-sa nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage ;

-sa justification, du fait de son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

-la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour l'État en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ;

-le recours à une autre prestation est moins coûteux.

Il est précisé lors de la prise en charge des

prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Pour des motifs de santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.

Indépendamment des dispositions des deux précédents alinéas, la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable du service du contrôle médical peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite 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 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

III.-Si, indépendamment des dispositions du présent article relatives à la procédure d'accord préalable, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

IV.-Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de

⑧

2° À la fin de la dernière phrase du III de l'article L. 315-2, les mots : « donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1 » sont remplacés par les mots : « sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

2° À la fin de la dernière phrase du III de l'article L. 315-2, les mots : « donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1 » sont remplacés par les mots : « sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Art. L. 324-1. – En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, le médecin traitant détermine le traitement que le bénéficiaire de l'assurance maladie doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° De se soumettre aux traitements et aux mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert ;

⑨

3° À la fin du 1° de l'article L. 324-1, les mots : « et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert » sont remplacés par les mots : « ou, en cas de désaccord, par le service du contrôle médical, dont la décision peut être contestée selon les règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

3° À la fin du 1° de l'article L. 324-1, les mots : « et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert » sont remplacés par les mots : « ou, en cas de désaccord, par le service du contrôle médical, dont la décision peut être contestée selon les règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

.....
...

Art. L. 431-2. – Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater :

1°) du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité

journalière ;

2°) dans les cas prévus respectivement au premier alinéa de l'article L. 443-1 et à l'article L. 443-2, de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute ;

⑩

.....
... .

Art. L. 432-4-1. -

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée fixée par décret, la caisse fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime.

Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

1° De se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le

⑪

4° Au 2° de l'article L. 431-2, les mots : « contestation, de l'avis émis par l'expert » sont remplacés par les mots : « recours préalable, de l'avis émis par l'autorité compétente pour examiner ce recours » ;

4° Au 2° de l'article L. 431-2, les mots : « contestation, de l'avis émis par l'expert » sont remplacés par les mots : « recours préalable, de l'avis émis par l'autorité compétente pour examiner ce recours » ;

5° Au 1° de l'article L. 432-4-1, les mots : « un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 » sont

5° Au 1° de l'article L. 432-4-1, les mots : « un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 » sont

médecin-conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 ;

2° De se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations énumérées ci-dessus, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Art. L. 442-6. – La caisse primaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin traitant ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert.

⑫

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice

Art. 96. – (...)

.....
....

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

⑬

remplacés par les mots : « le service du contrôle médical, dont la décision peut être contestée selon les règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

remplacés par les mots : « le service du contrôle médical, dont la décision peut être contestée selon les règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

6° À la fin de l'article L. 442-6, les mots : « l'expert » sont remplacés par les mots : « le service du contrôle médical ».

6° À la fin de l'article L. 442-6, les mots : « l'expert » sont remplacés par les mots : « le service du contrôle médical ».

II. – Le IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice est ainsi modifié :

II. – Le IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice est ainsi modifié :

.....
...
8° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 142-6, les mots : « mentionnées aux 1°, 2°, 3° de l'article L. 142-2 » sont remplacés par les mots : « de nature médicale, hors celles formées au titre du 8° de l'article L. 142-1 » et, après les mots : « de l'autorité », il est inséré le mot : « médicale » ;

⑭

.....
...
10° L'article L. 142-7-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 142-7-1.- L'avis rendu par l'autorité médicale compétente pour examiner le recours préalable, en ce qui concerne les contestations de nature médicale, hors celles formées au titre du 8° de l'article L. 142-1, s'impose à l'organisme de prise en charge. » ;

⑮

.....
...
12° L'article L. 142-10 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1°, 4°, 5° et 6° », les mots : « et pour celles mentionnées aux 1°, 2°, 3° de l'article L. 142-2 » sont supprimés et, après le mot : « autorité », il est inséré le mot : « médicale » ;

⑯

1° À la fin du 8°, les mots : « après les mots : “de l'autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” » ;

2° Au second alinéa du 10°, les mots : « L'avis rendu par l'autorité médicale » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'autorité » et, après la référence : « L. 142-1, », sont insérés les mots : « est une autorité médicale, son avis » ;

3° Au a du 12°, les mots : « après le mot : “autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” ».

1° À la fin du 8°, les mots : « après les mots : “de l'autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” » ;

2° Au second alinéa du 10°, les mots : « L'avis rendu par l'autorité médicale » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'autorité » et, après la référence : « L. 142-1, », sont insérés les mots : « est une autorité médicale, son avis » ;

3° Au a du 12°, les mots : « après le mot : “autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” ».

⑰

III. – Le I du présent article est applicable aux contestations, aux recours préalables et aux recours juridictionnels introduits à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

III. – Le I du présent article est applicable aux contestations, aux recours préalables et aux recours juridictionnels introduits à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

Article 58

Article 58

Article 58

①

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

②

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 223,8 milliards d'euros ;

1° (Alinéa sans modification)

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 223,8 milliards d'euros ;

③

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,3 milliards d'euros.

2° (Alinéa sans modification)

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,3 milliards d'euros.

Article 59

Article 59

**Article 59
(Supprimé)
Amdt n° 159**

①

~~Pour l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous objectifs sont fixés comme suit :~~

(Alinéa sans modification)

②

(En milliards d'euros)

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,6

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	93,6

Dépenses relatives aux établissements de santé	84,2	Dépenses relatives aux établissements de santé	84,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,9	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	9,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,4	Autres prises en charge	2,4
Total	205,3	Total	205,3
Article 60		Article 60	Article 60

①	<p>I. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 260 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 260 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante est fixé à 260 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>
②	<p>II. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante est fixé à 414 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante est fixé à 414 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante est fixé à 414 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>
③	<p>III. – Le montant du versement mentionné à l’article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>III. – Le montant du versement mentionné à l’article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d’euros au titre de l’année 2020.</p>	<p>III. – Le montant du versement mentionné à l’article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d’euros au titre de l’année 2020.</p>
④	<p>IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l’âge fixé en application de l’article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l’article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 157,4 millions d’euros et 11,4 millions d’euros pour l’année 2020.</p>	<p>IV. – <i>(Alinéa sans modification)</i></p>	<p>IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l’âge fixé en application de l’article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l’article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 157,4 millions d’euros et 11,4 millions d’euros pour l’année 2020.</p>

Article 60 bis (nouveau)

**Loi n° 98-1194 du
23 décembre 1998 de
financement de la
sécurité sociale pour
1999**

Art. 41. – I.-Une
allocation de cessation
anticipée d'activité est
versée aux salariés et
anciens salariés des
établissements de
fabrication de matériaux
contenant de l'amiante, des
établissements de flocage et
de calorifugeage à l'amiante
ou de construction et de
réparation navales, sous
réserve qu'ils cessent toute
activité professionnelle,
lorsqu'ils remplissent les
conditions suivantes :

1° Travailler ou
avoir travaillé dans un des
établissements mentionnés
ci-dessus et figurant sur une
liste établie par arrêté des
ministres chargés du travail,
de la sécurité sociale et du
budget, pendant la période
où y étaient fabriqués ou
traités l'amiante ou des
matériaux contenant de
l'amiante. L'exercice des
activités de fabrication de
matériaux contenant de
l'amiante, de flocage et de
calorifugeage à l'amiante de
l'établissement doit
présenter un caractère
significatif ;

2° Avoir atteint
l'âge de soixante ans
diminué du tiers de la durée
du travail effectué dans les
établissements visés au 1°,
sans que cet âge puisse être
inférieur à cinquante ans ;

3° S'agissant des
salariés de la construction et
de la réparation navales,
avoir exercé un métier
figurant sur une liste fixée
par arrêté conjoint des
ministres chargés du travail,
de la sécurité sociale et du
budget.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels et personnels portuaires assurant la manutention sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :

1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port au cours d'une période pendant laquelle était manipulé de l'amiante ; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;

2° Avoir atteint l'âge de soixante ans diminué du tiers de la durée du travail effectué dans les ports visés au 1°, sans que cet âge puisse être inférieur à cinquante ans.

Ont également droit, dès l'âge de cinquante ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité les personnes reconnues atteintes, au titre du régime général ou du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêtés des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, ni avec un avantage personnel de vieillesse, ni avec un

avantage d'invalidité, ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Une allocation différentielle peut être versée en complément d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de réversion ou d'un avantage personnel de vieillesse servi par un régime spécial visé au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, dans la limite de l'allocation calculée dans les conditions prévues au présent article.

I bis.-Pour la détermination de l'âge d'accès à l'allocation, s'ajoute à la durée du travail mentionnée aux troisième et septième alinéas du I du présent article celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par ces dispositifs.

II.-Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail.

L'allocation est attribuée et servie par les caisses régionales d'assurance maladie. Pour les personnes reconnues atteintes, au titre du régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés agricoles, d'une maladie professionnelle, l'allocation est attribuée et servie par les caisses de mutualité sociale agricole.

L'allocation cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions de durée d'assurance requises pour bénéficier d'une pension de vieillesse au taux plein, à condition qu'il soit âgé d'au moins soixante ans. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, elle est alors remplacée par la ou les pensions de vieillesse auxquelles l'intéressé peut prétendre. Pour l'appréciation du taux plein, les conditions de durée d'assurance sont réputées remplies au plus tard à l'âge de soixante-cinq ans.

Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa sont applicables aux bénéficiaires et anciens bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à celle prévue au présent article et servie à raison de l'exercice d'une activité professionnelle emportant affiliation à un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'aux bénéficiaires de pensions de vieillesse servies par l'un de ces régimes.

III.-Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Il

finance également par un versement aux régimes obligatoires de retraite de base concernés les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite prévus au troisième alinéa du II du présent article avant l'âge fixé par l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et par ceux à l'âge de soixante-cinq ans au lieu de l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du même code. Ses ressources sont constituées d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'État, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale, des représentants du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 723-32 du code rural et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement, avant le 15 juillet, un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son

fonctionnement.

IV.-L'allocation de cessation anticipée d'activité est assujettie aux mêmes cotisations et contributions sociales que les revenus et allocations mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale.

Les personnes percevant cette allocation et leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime dont elles relevaient avant la cessation d'activité.

Le fonds des travailleurs de l'amiante assure, pendant la durée du versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité, le financement des cotisations à l'assurance volontaire mentionnée à l'article L. 742-1 du code de la sécurité sociale ainsi que le versement de l'ensemble des cotisations aux régimes de retraite

Après le 3° du I de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire de l'allocation de cessation anticipée est ouvert aux salariés et anciens salariés d'un établissement exploité par un établissement figurant sur la liste mentionnée à la première phrase du deuxième alinéa du 1° du présent I dans le cadre d'un contrat de sous-traitance, dans les mêmes conditions que les personnes mentionnées au premier alinéa du même I. »

Amdt n° 189

complémentaire mentionnés à l'article L. 921-1 du même code.

V.-Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur. Le contrat de travail cesse de s'exécuter dans les conditions prévues à l'article L. 122-6 du code du travail. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit, au bénéfice du salarié, au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ en retraite prévue par le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la retraite par une convention ou un accord collectif de travail ou par le contrat de travail. Cette indemnité de cessation d'activité est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

L'indemnité de cessation anticipée d'activité versée en application d'une convention collective de branche, d'un accord professionnel ou interprofessionnel, d'un accord d'entreprise, du contrat de travail ou d'une disposition unilatérale de l'employeur est exclue de l'assiette des cotisations sociales dans les mêmes conditions que l'indemnité légale mentionnée à l'alinéa précédent.

V. *bis*-L'inscription des établissements ou des ports visés au I sur la liste donnant droit aux salariés à

bénéficiaire d'une cessation anticipée d'activité et de l'allocation correspondante ou la modification d'une telle inscription ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné. La décision d'inscription d'un établissement ou de modification doit être notifiée à l'employeur. Elle fait l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné.

VI.-Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent article et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

VII.-1. Un décret en Conseil d'État définit :

-les activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flochage et de calorifugeage à l'amiante mentionnées au I ;

-les conditions de fixation des périodes de référence mentionnées au 1° du I ;

-ainsi que les critères permettant d'établir le caractère significatif de l'exercice des activités précitées mentionné au 1° du I.

2. Un décret fixe :

-les conditions d'octroi, les modalités de calcul et les modalités de coordination de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ;

-ainsi que les règles de fonctionnement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du conseil de

surveillance de ce fonds mentionnés au présent article.

Code de la sécurité sociale

Art. L. 115-2-1. –

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent les informations, autres que médicales, qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Art. 66. – I.-Les traitements relevant de la présente section ne peuvent

Article 60 ter (nouveau)

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 115-2-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 sont autorisés à mettre en œuvre des traitements de données communs ayant pour finalité d'assurer l'information des assurés sur leurs droits à indemnisation au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. »

II. – À la seconde phrase du I de l'article 66 de la loi n° 78-17 du

être mis en œuvre qu'en considération de la finalité d'intérêt public qu'ils présentent. La garantie de normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé et des médicaments ou des dispositifs médicaux constitue une finalité d'intérêt public.

II.-Des référentiels et règlements types, au sens des *b* et *c* du 2° du I de l'article 8, s'appliquant aux traitements relevant de la présente section sont établis par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, en concertation avec la plateforme des données de santé mentionnée à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique et des organismes publics et privés représentatifs des acteurs concernés.

Les traitements conformes à ces référentiels peuvent être mis en œuvre à la condition que leurs responsables adressent préalablement à la Commission nationale de l'informatique et des libertés une déclaration attestant de cette conformité.

Ces référentiels peuvent également porter sur la description et les garanties de procédure permettant la mise à disposition en vue de leur traitement de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée.

III.-Les traitements mentionnés au I qui ne sont pas conformes à un référentiel mentionné au II ne peuvent être mis en œuvre qu'après autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des

6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le mot : « constitue » est remplacé par les mots : « ainsi que l'information des assurés sur leurs droits au versement de prestations au titre de la législation de sécurité sociale constituent ».

Amdt n° 190

libertés. La demande d'autorisation est présentée dans les formes prévues à l'article 33.

IV.-La Commission nationale de l'informatique et des libertés peut, par décision unique, délivrer à un même demandeur une autorisation pour des traitements répondant à une même finalité, portant sur des catégories de données identiques et ayant des catégories de destinataires identiques.

V.-La Commission nationale de l'informatique et des libertés se prononce dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. Toutefois, ce délai peut être prolongé une fois pour la même durée sur décision motivée de son président ou lorsque le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé est saisi en application du second alinéa de l'article 72.

Lorsque la Commission nationale de l'informatique et des libertés ne s'est pas prononcée dans ces délais, la demande d'autorisation est réputée acceptée. Cette disposition n'est toutefois pas applicable si l'autorisation fait l'objet d'un avis préalable en application de la sous-section 2 de la présente section et que l'avis ou les avis rendus ne sont pas expressément favorables.

Article 61

① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

Article 61

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

Article 61

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

②	1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,6 milliards d'euros ;	1° (Alinéa <i>modification</i>) sans	1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,6 milliards d'euros ;												
③	2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.	2° (Alinéa <i>modification</i>) sans	2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.												
①	<p align="center">Article 62</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :	<p align="center">Article 62</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :	<p align="center">Article 62</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :												
②	1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;	1° (Alinéa <i>modification</i>) sans	1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;												
③	2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros.	2° (Alinéa <i>modification</i>) sans	2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros.												
①	<p align="center">Article 63</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.	<p align="center">Article 63</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.	<p align="center">Article 63</p> Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.												
①	<p align="center">Article 64</p> Pour l'année 2020, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :	<p align="center">Article 64</p> (Alinéa <i>modification</i>) sans	<p align="center">Article 64</p> Pour l'année 2020, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :												
②	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)	(En milliards d'euros)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Prévision de charges</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse</td> <td align="right">18,2</td> </tr> </tbody> </table>	Prévision de charges		Fonds de solidarité vieillesse	18,2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Prévision de charges</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse.....</td> <td align="right">18,2</td> </tr> </tbody> </table>	Prévision de charges		Fonds de solidarité vieillesse.....	18,2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Prévision de charges</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonds de solidarité vieillesse</td> <td align="right">18,2</td> </tr> </tbody> </table>	Prévision de charges		Fonds de solidarité vieillesse	18,2
Prévision de charges															
Fonds de solidarité vieillesse	18,2														
Prévision de charges															
Fonds de solidarité vieillesse.....	18,2														
Prévision de charges															
Fonds de solidarité vieillesse	18,2														

**Proposition de la commission sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019,
adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.**

ANNEXE A

(Non modifié)

**Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2018, des régimes
obligatoires de base et des organismes
concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette
ou à la mise en réserve de recettes à leur profit
et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la
couverture des déficits constatés pour l'exercice 2018**

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018

		<i>(En milliards d'euros)</i>			
Actif	2018	2017	Passif	2018	2017
	<i>(net)</i>	<i>(net)</i>			
Immobilisations	7,3	7,4	Capitaux propres	-77,0	-88,5
Immobilisations non financières	5,0	5,0	Dotations	22,3	23,7
			Régime général	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,5	Autres régimes	6,4	5,8
			Caisse	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	15,5	17,6
			Réserves	21,6	18,8
			Régime général	3,8	2,9
			Autres régimes	7,7	8,1
			FRR	10,1	7,7
			Report à nouveau	-	-
				136,9	143,5
			Régime général	-5,0	-3,4
			Autres régimes	-4,3	-4,0
			FSV	-6,6	-0,1
			CADES	-	-
				121,0	136,0
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation		-3,6
			FSV		-3,6
			Résultat de l'exercice	14,9	12,6
			Régime général	0,5	-2,2

			Autres régimes	-0,2	0,2
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	-1,8	-2,9
			CADES	15,4	15,0
			FRR	0,9	2,4
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,1	3,5
			Provisions pour risques et charges	17,5	17,2
Actif financier	55,8	55,6	Passif financier	142,6	158,5
Valeurs mobilières et titres de placement	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	131,1	152,0
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	23,1	27,3
Autres régimes	11,5	8,7	CADES	108,0	124,7
CADES	0,0	1,0			
FRR	31,8	35,0			
Encours bancaire	12,0	9,1	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	6,1	5,7
Régime général	2,2	0,9	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,8	4,2
Autres régimes	6,8	4,0	Autres régimes	0,3	0,5
FSV	0,0	0,0	CADES	1,0	1,0
CADES	2,3	3,2	Dépôts reçus	0,4	0,5
FRR	0,7	0,9	ACOSS	0,4	0,5
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
CADES	0,4	1,3	ACOSS	0,0	0,2
FRR	0,1	0,6			
			Autres	5,0	0,1
			Autres régimes	4,8	0,0
			CADES	0,3	0,1
Actif circulant	77,3	82,1	Passif circulant	57,4	57,9
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de	43,2	47,6			

cotisations, contributions sociales et autres impositions					
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	11,0	7,8
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,8			
Autres actifs	5,2	5,1	Autres passifs	14,2	17,6
Total de l'actif	140,5	145,1	Total du passif	140,5	145,1

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 77,0 milliards d'euros au 31 décembre 2018. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 15%, soit environ 2 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis cinq exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée entre 2017 et 2018 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017 puis de 11,6 milliards d'euros en 2018 par rapport à 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (14,9 milliards d'euros en 2018, contre 12,6 milliards d'euros en 2017). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (1,4 milliards d'euros en 2018 contre 4,8 milliards d'euros en 2017, 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,4 milliards d'euros en 2018 après 15,0 milliards d'euros en 2017).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier continue de reculer ainsi fortement en 2018 (86,8 milliards d'euros contre 102,9 milliards d'euros fin 2017), en cohérence avec l'évolution du passif net ainsi que celle du besoin en fonds de roulement.

Évolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Passif net au 31/12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	66,3	87,1	100,6	107,2	110,9	110,7	109,5	101,4	88,5	77,0
(capitaux propres négatifs)										
Endettement financier net au 31/12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	76,3	96,0	111,2	116,2	118,0	121,3	120,8	118,0	102,9	86,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	-	-	-	-5,9	-1,6	+1,4	+4,7	+8,1	+12,6	+14,9

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2018

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche Famille et de la branche Maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de de la branche Vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche Maladie au titre de 2015.

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après s'être accru de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV, l'endettement financier brut de l'ACOSS a reculé de 4,4 milliards d'euros pour s'établir à 23,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018, suite à l'évolution favorable des comptes sociaux.

Au titre de l'exercice 2018, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Concernant les régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, présente un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2018, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

Enfin, l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) recule à nouveau en 2018 (- 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017). Ceux de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) restent globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

**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**

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 2020-2023.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée. En conséquence, il est nécessaire de revenir sur les mesures d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'État qui avaient été décidées l'an dernier, et de décaler la date de retour à l'équilibre tenant compte de ce contexte (I). Cette trajectoire tient compte de l'absence de hausse de prélèvement sur les ménages ou les entreprises, des efforts de maîtrise de la dépense, et du cadre renouvelé des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (II). Ces efforts permettront à la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de dégager des excédents dès 2020 puis à l'ensemble du régime général et du FSV d'atteindre l'équilibre en 2023 (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tire les conséquences d'une situation économique moins favorable que prévue et des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018.

Pour 2020, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 1,3 % en 2020 (après 1,4 % en 2019) et de 2,8 % de la masse salariale privée (après 3,3 % en 2019) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (1,0 %) stable par rapport à 2019.

Pour les années 2021 à 2023, le Gouvernement retient un scénario de croissance robuste et régulière sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux conduisant à une accélération progressive de la masse salariale.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 27 septembre 2019 un avis sur ces prévisions macroéconomiques qu'il considère comme atteignables pour 2019 et plausibles pour 2020. Il estime ainsi que les prévisions d'inflation, d'emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement pour 2019 sont cohérentes avec les informations disponibles et raisonnables pour 2020.

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.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB en volume	2,2%	1,7%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
Masse salariale	3,5%	3,5%	3,3%	2,8%	3,0%	3,3%	3,4%
Inflation hors tabac	1,0%	1,6%	1,0%	1,0%	1,3%	1,6%	1,8%
ONDAM	2,2%	2,2%	2,5%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%

L'amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses ont permis une réduction significative des déficits sociaux en 2018 prolongeant la trajectoire positive lors des sept années précédentes.

En 2019 les perspectives de croissance, moins favorables que prévu en raison notamment d'un environnement international moins porteur, reportent le retour à l'équilibre durable de l'ensemble des régimes de base, sans remettre toutefois en cause la stratégie du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux, ni l'objectif de désendettement de la sécurité sociale.

En effet, le retour à l'équilibre global du régime général serait atteint en 2023 (+0,4 milliard d'euros). À cette même date, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne serait plus que de -0,3 milliard d'euros ; le déficit consolidé régime général + FSV atteindrait ainsi +0,1 milliard d'euros. L'équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement ne serait quant à lui pas atteint à cette même date, en raison de la trajectoire plus dégradée de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales. En 2023, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait -1,1 milliard d'euros.

En l'absence de retour à l'équilibre dès 2020 sur le champ du régime général, il n'est par ailleurs plus envisageable de prévoir des transferts de recettes à la CADES et à l'État. Par conséquent, pour les années 2020 à 2022, le PLFSS pour 2020 supprime les dispositions de la LFSS pour 2019 qui avaient prévu l'affectation à la CADES des ressources de CSG (1,6 milliard d'euros en 2019, 1,8 milliard d'euros l'année suivante, et 1,5 milliard d'euros supplémentaires à compter de 2022) destinés à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer dans une limite de 15 milliards d'euros. Symétriquement, en l'absence d'excédent des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la loi de finances prévoit la suppression de la réduction à due concurrence de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra néanmoins à un rythme élevé. La prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 milliards d'euros, après 16 milliards d'euros prévus en 2019 et 15,4 milliards d'euros constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 milliards d'euros de dettes depuis sa création, confortant

l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 milliards d'euros d'ici 2025. Ces niveaux sont très supérieurs à celui du déficit courant prévu par la loi (-5,6 milliards d'euros sur le champ des ROBSS + FSV en 2020), ce qui permet de constater un désendettement effectif au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Cette trajectoire s'inscrit dans un cadre de maîtrise de la dépense, d'absence de hausses de prélèvement et de simplification des relations entre l'État et la sécurité sociale.

L'année 2019 a été marquée par une importante évolution du financement de la sécurité sociale du fait de la mise en place de la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 fois le SMIC en substitution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). En outre, depuis le 1^{er} octobre (le 1^{er} janvier pour certains secteurs), les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ils portent désormais sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, n'est due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Le PLFSS pour 2020 ne revient pas sur ce schéma.

Le PLFSS ne prévoit par ailleurs aucune mesure significative de hausse des cotisations ou contributions dues par les employeurs ou les entreprises. Il est toutefois prévu de limiter l'effet favorable de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), abattement d'assiette originellement représentatif des frais professionnels dans certains secteurs, sur la réduction générale de cotisations employeurs qui a été renforcée dans la LFSS 2018 et qui exonère, à compter du 1^{er} octobre 2019, l'employeur de la totalité des cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié au SMIC. Cet avantage sera plafonné à compter du 1^{er} janvier 2020 par voie réglementaire à 130 % des allègements généraux de droit commun. Cette mesure permettra de limiter les interférences entre différents dispositifs d'exonérations et se traduira par un effet positif sur les recettes d'environ 0,4 milliard d'euros sans impact sur la rémunération nette des salariés.

Le projet de loi de finances prévoit de limiter le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les micro-entrepreneurs créateurs d'entreprise pour qu'elles n'excèdent pas celles dont bénéficient les autres travailleurs indépendants, et se limitent à une année blanche de cotisations sociales pour la création ou la reprise d'une entreprise. Le coût de cette exonération étant compensé par le budget de l'État, cette mesure n'a pas d'effet direct sur les ressources des branches.

Conformément, par ailleurs, aux recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit

nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

Aussi, en cohérence avec la LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 prévoit donc par exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale que ne feront pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'État les pertes de recettes correspondant à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires réalisées du 1^{er} janvier au 31 août 2019 du fait de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ainsi que la révision à la baisse du taux de contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux retraités ayant un revenu fiscal de référence inférieur à 22 580 € pour une personne seule (34 636 € pour un couple).

Les mesures en dépenses porteront l'essentiel de l'effort pour corriger l'évolution des soldes des branches prestataires par rapport à leur évolution tendancielle. En effet, en dehors des dispositions revenant sur les affectations de recettes à l'État et la CADES à compter de 2020 déjà mentionnés, qui sont sans effet du point de vue des redevables de prélèvements sociaux, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes n'a un impact positif qu'à hauteur de 0,2 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

L'effort sur la progression des dépenses sera réalisé en particulier sur les dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. Par ailleurs, la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations versées par les branches famille et vieillesse limitera la progression des dépenses des branches prestataires en permettant, par rapport à une mesure générale d'indexation sur l'inflation, une économie de 0,5 milliard d'euros à l'échelle de l'ensemble des régimes.

III. – D'ici 2023, l'ensemble des branches, à l'exception de l'assurance vieillesse, reviendrait à l'équilibre sur la base des mesures proposées dans le PLFSS 2020.

S'agissant de la branche Maladie, depuis 2019, les ressources de la CNAM ont été profondément transformées, du fait de l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM en contrepartie de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. Du fait de cette affectation supplémentaire, la fraction de TVA affectée à la CNAM s'élève à 41,1 milliards d'euros en 2019 et les impôts et taxes représentent désormais 28 % des ressources de la branche.

Cette structure des ressources sera peu modifiée en 2020. Les mesures en recettes de la LFSS amélioreront les ressources de la CNAM du fait de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État (3,1 milliards d'euros), excédant le coût de la baisse de la CSG sur les revenus de remplacement (1,6 milliard d'euros). Les mesures de limitation des niches sociales, notamment la limitation des allègements généraux dont bénéficient les rémunérations sur lesquelles s'applique la déduction forfaitaire spécifique (DFS) pour frais professionnels permettront un gain de 0,1 milliard d'euros pour la branche Maladie, légèrement compensée par la limitation de la compensation par l'État de l'exonération des jeunes entreprises innovantes (JEI).

Au global, les mesures en recettes permettront un accroissement de ses ressources de 1,6 milliard d'euros environ à compter de 2020.

En dépenses, pour 2020, le taux de progression de l'ONDAM est fixé par le Gouvernement à 2,3 %. Cela représente plus de 205 milliards d'euros consacrés à l'assurance maladie et 4,6 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. L'ONDAM 2020 traduit la mise en œuvre des engagements du Gouvernement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », le pacte de refondation des urgences, le 100 % santé et le renforcement des financements en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le respect d'un objectif de progression de +2,3 % suppose cependant 4,2 milliards d'euros d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses de 4,4 %. Les mesures d'économies se décomposent en quatre principaux axes : la structuration de l'offre de soins pour un total de 1 milliard d'euros, les actions sur les tarifs et les remises des produits de santé pour 1,3 milliard d'euros, la pertinence et la qualité des soins pour 1,2 milliard d'euros, la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports pour 0,3 milliard d'euros. Les dispositifs de lutte contre la fraude et la gestion dynamique du panier de soins contribuent quant à eux à hauteur de 0,3 milliard d'euros.

Sous l'effet du maintien d'une progression de l'ONDAM à 2,3 % par an sur la période 2021-2023 permettant la poursuite de la mise en œuvre des actions du Gouvernement dans le cadre notamment de « ma santé 2022 », le solde de l'assurance maladie devrait s'améliorer continûment sur la période quadriennale. À partir de 2021, afin d'accélérer cette tendance de retour à l'équilibre, un rééquilibrage des ressources des branches sera réalisé à son profit. De ce fait, le solde devrait passer de -3 milliards d'euros en 2020 à +2,5 milliards d'euros en 2023.

S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue par le PLFSS pour 2020 pour modifier les ressources de la branche en 2020.

Le PLFSS pour 2020 permettra à cette branche de réaliser 0,1 milliard d'euros d'économies en dépenses, du fait de la revalorisation différenciée des prestations sociales et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.

Ces mesures permettront à la branche de dégager un excédent de 1,1 milliard d'euros en 2019 et de 1,4 milliard d'euros en 2020, ce niveau de solde étant par la suite conventionnellement stabilisé sur 2021-2023.

La branche Vieillesse du régime général serait à nouveau déficitaire de 2,1 milliards d'euros en 2019, après trois années en excédent, malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3 %. Ce déficit s'accroîtrait à 2,7 milliards d'euros en 2020. En revanche, l'évolution en 2020 sera favorable en prenant en compte l'amélioration du solde du Fonds de

solidarité vieillesse (FSV) de -2,3 milliards d'euros à -1,4 milliard d'euros. Cette évolution contrastée résulte principalement de la fin du financement du minimum contributif par le fonds.

Au niveau de l'ensemble des régimes vieillesse de base, en tenant compte du FSV, le solde resterait inchangé en 2020 par rapport à 2019 à -4,6 milliards d'euros.

Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure affectant significativement les ressources de la branche Vieillesse, à l'exception de la disposition prévoyant l'absence de compensation à cette branche du coût de l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires, disposition qui n'a pas d'effet au-delà de la seule année 2019. En effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à ce titre à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche Famille à hauteur de 2 milliards d'euros.

En 2020, ses recettes bénéficieront comme celles de la branche Maladie de l'effet de la réduction du coût de la DFS (voir *supra*) pour un gain de 0,1 milliard d'euros.

Les dépenses de la branche évolueront à un rythme supérieur à celui des recettes jusqu'en 2023, en dépit de la mesure de revalorisation différenciée des dépenses de prestations en 2020 dont la branche Vieillesse est la principale bénéficiaire puisque cette disposition permettra une économie en 2020 de 0,3 milliard d'euros pour la branche Vieillesse du régime général et 0,4 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes de retraite.

De 2021 à 2023, le déficit de la branche Vieillesse s'accroîtrait progressivement pour atteindre -6,6 milliards d'euros en fin de période (ROBSS+FSV). L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est à compter de 2021 celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités.

Pour la branche Famille, en 2020, les recettes seront principalement améliorées sous l'effet de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 milliard d'euros. En contrepartie elles seront réduites, en application des dispositions de la LFSS pour 2019, déjà prises en compte, à hauteur de 2,0 milliards d'euros correspondant au coût pour la branche Vieillesse des exonérations de cotisations salariales sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires.

Les dépenses seront ralenties en 2020 du fait de la revalorisation différenciée et maîtrisée des prestations servies par la branche, qui permettra une économie de 0,1 milliard d'euros après 0,3 milliard d'euros en 2019. Les charges seront en contrepartie accrues par les coûts inhérents au dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires ainsi que par la réduction des frais de gestion supportés

par l'État au titre des prestations servies pour son compte par la branche (- 0,1 milliard d'euros).

Le solde de la branche sera positif : 0,7 milliard d'euros en 2020, après 0,8 milliard d'euros en 2019.

À compter de 2021, l'hypothèse retenue de revalorisation des prestations familiales est celle de la prévision d'inflation. Le solde de la branche serait amélioré sur la période 2021-2023, y compris en tenant compte des rééquilibrages entre branches envisagés et atteindrait 1,6 milliard d'euros en 2023.

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

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
				(p)	(p)	(p)	(p)	(p)
Maladie								
Recettes	194,6	201,3	210,8	214,3	219,2	225,7	232,6	239,8
Dépenses	199,4	206,2	211,5	217,2	222,3	227,2	232,2	237,3
Solde	-4,8	-4,9	-0,7	-3,0	-3,0	-1,5	0,3	2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
Dépenses	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
Solde	0,8	1,1	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								
Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse								
Recettes	123,7	126,6	133,8	135,5	139,0	142,4	146,5	151,1
Dépenses	122,8	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
Solde	0,9	1,8	0,2	-2,1	-2,7	-3,9	-4,8	-5,1
Régime général consolidé								
Recettes	366,6	377,6	394,6	400,9	409,5	419,6	431,6	444,5
Dépenses	370,7	379,8	394,1	403,9	413,2	422,7	433,3	444,1
Solde	-4,1	-2,2	0,5	-3,1	-3,8	-3,1	-1,8	0,4

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
Maladie								
Recettes	196,0	203,1	212,3	215,8	220,8	227,3	234,2	241,5
Dépenses	200,7	208,0	213,1	218,8	223,8	228,8	233,8	239,0
Solde	-4,7	-4,9	-0,8	-3,0	-3,0	-1,5	0,3	2,5
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,1	14,4	14,1	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
Dépenses	13,3	13,2	13,4	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
Solde	0,8	1,2	0,7	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								
Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse								
Recettes	228,7	232,7	236,4	239,2	244,1	249,2	255,0	261,4
Dépenses	227,2	230,7	236,5	241,5	247,3	253,6	260,6	267,7
Solde	1,6	2,0	-0,1	-2,3	-3,2	-4,4	-5,6	-6,3
Régimes obligatoires de base consolidés								
Recettes	473,7	486,2	499,7	507,0	517,1	529,1	542,8	557,5
Dépenses	477,0	488,1	499,3	510,3	521,3	532,7	545,4	558,3
Solde	-3,4	-1,9	0,3	-3,3	-4,2	-3,6	-2,6	-0,8

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
Recettes	16,7	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
Dépenses	20,3	19,6	19,0	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
Solde	-3,6	-2,9	-1,8	-2,3	-1,4	-1,0	-0,6	-0,3

Recettes, dépenses et soldes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
Recettes	365,0	376,5	394,6	400,2	409,7	420,2	432,6	445,8
Dépenses	372,7	381,6	395,8	405,6	414,8	424,3	435,0	445,7
Solde	-7,8	-5,1	-1,2	-5,4	-5,1	-4,1	-2,4	0,1

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse								
<i>(En milliards d'euros)</i>								
	2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
Recettes	470,5	483,7	498,4	505,2	516,2	528,6	542,6	557,7
Dépenses	477,5	488,6	499,8	510,7	521,8	533,1	545,8	558,7
Solde	-7,0	-4,8	-1,4	-5,5	-5,6	-4,6	-3,2	-1,1

(Non modifié)

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	Mala die	Vieille sse	Fam ille	Accidents du travail maladies profession nelles	Régi mes de base	Fonds de solida rité vieille sse	Régi mes de base et FSV
Cotisations effectives	75,5	141,2	31,1	14,1	260,2	0,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,0	2,5	0,6	0,1	5,2	0,0	5,2
Cotisations fictives d'employeur	0,4	41,1	0,0	0,3	41,9	0,0	41,9
Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	22,2	6,5	0,0	90,9	0,0	90,9
Charges liées au non recouvrement	-0,5	-0,6	-0,3	-0,2	-1,5	-0,3	-1,9

Transferts	3,0	37,1	0,2	0,1	28,7	0,0	10,9
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres produits	5,3	0,5	0,6	0,5	6,9	0,0	6,9
Recettes	220,8	244,1	51,0	15,0	517,1	16,8	516,2

II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Mala die	Vieille sse	Fami lle	Accidents du travail maladies professionnelles	Régi me général	Fonds de solida rité vieille sse	Régi me général et FSV
Cotisations effectives	74,7	91,0	31,1	13,1	208,2	0,0	208,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,0	2,3	0,6	0,1	5,0	0,0	5,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	17,5	6,5	0,0	86,1	0,0	86,1
Charges liées au non recouvrement	-0,5	-0,4	-0,3	-0,2	-1,4	-0,3	-1,7
Transferts	3,0	28,3	0,2	0,0	20,3	0,0	3,7

S							
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	5,0	0,3	0,6	0,4	6,3	0,0	6,3
Recettes	219,2	139,0	51,0	13,5	409,5	16,8	409,7

III. – Fonds de solidarité vieillesse

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	17,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,8