

N° 4687

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 16 novembre 2021

N° 154

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 16 novembre 2021

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR
LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2022*,

PAR M. THOMAS MESNIER,

Rapporteur général,

Député

PAR MME ÉLISABETH DOINEAU,

Rapporteuse générale,

Sénatrice

*(1) Cette commission est composée de : Mme Fadila Khattabi, députée, présidente ;
Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente ; M. Thomas Mesnier, député, rapporteur,
et Mme Élisabeth Doineau, sénatrice, rapporteure.*

*Membres titulaires : Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Jean-Pierre Door,
Thibault Bazin et Cyrille Isaac-Sibille, députés ; Mme Corinne Imbert, MM. Philippe Mouiller,
et Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, M. Dominique Théophile, sénateurs.*

*Membres suppléants : Mmes Annie Vidal, Monique Iborra et Gisèle Biémouret, M. Paul
Christophe, Mmes Jeanine Dubié et Caroline Fiat, M. Pierre Dharréville, députés ;
M. René-Paul Savary, Mmes Pascale Gruny et Chantal Deseyne, M. Olivier Henno,
Mmes Michelle Meunier, Véronique Guillotin et Laurence Cohen, sénateurs.*

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **4523, 4568, 4572** et T.A. **683**.

4685. Commission mixte paritaire : **4687**.

Sénat : 1^{re} lecture : **118, 122, 130** et T.A. **34** (2021-2022).

Commission mixte paritaire : **154** et **155** (2021-2022).

SOMMAIRE

—

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	5
TABLEAU COMPARATIF	11

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 s'est réunie à l'Assemblée nationale le 16 novembre 2021.

La commission mixte paritaire procède à la désignation de son bureau, qui est ainsi constitué :

- Mme Fadila Khattabi, députée, présidente,*
- Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente.*

Puis ont été désignés :

- M. Thomas Mesnier, rapporteur pour l'Assemblée nationale,*
- Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour le Sénat.*

Mme Fadila Khattabi, députée, présidente. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est bien plus qu'un exercice comptable. Il s'agit avant tout de mesures concrètes ayant un impact positif sur la vie de millions de nos concitoyens, décidées avec une seule et unique boussole, que nous partageons sur tous les bancs : renforcer notre système de soins et notre protection sociale au service de tous les Français. Le projet de loi initial comptait soixante-deux articles. En commission puis en séance publique, notre assemblée l'a enrichi de cinquante-cinq articles. Notre majorité soutient ce PLFSS engageant et engagé, résolument tourné vers l'avenir, notamment grâce aux belles avancées que sont l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du revenu de solidarité actives et du minimum vieillesse, l'accès à la contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans, le renforcement de notre service public visant à lutter contre les impayés de pensions alimentaires, ou encore les moyens considérables alloués au grand âge et à l'autonomie. Vous comprendrez sans peine que je souhaite également mentionner le contrôle renforcé des centres de santé, qui est une urgence.

Saisi du texte voté par notre assemblée, le Sénat a adopté conformes trente-huit articles, en a supprimé dix-huit et en a ajouté trente. Il en reste donc cent neuf en discussion, dont notre commission mixte paritaire (CMP) est saisie.

L'expérience de ces dernières années prouve qu'il est difficile, s'agissant du PLFSS, de parvenir à un texte de compromis. Je crains que tel soit le cas cette fois-ci encore, et vous ne serez pas surpris que je le regrette, compte tenu des nombreux apports que je viens de rappeler.

Nous allons donc entendre nos rapporteurs afin qu'ils nous indiquent quelles sont, selon eux, les perspectives de cette CMP à la suite des travaux de nos deux assemblées.

Mme Catherine Deroche, sénatrice, vice-présidente. Il y a, en effet, peu de suspense sur l'issue de nos travaux. Nous pourrions constater dans quelques minutes l'impossibilité, pour notre CMP, d'élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du PLFSS 2022. Notre rapporteure générale Élisabeth Doineau évoquera plus précisément le travail du Sénat ; je me bornerai pour ma part à quelques observations.

Le Sénat a déploré un texte d'attente, de fin de quinquennat, muet sur les perspectives financières de la sécurité sociale, en dépit de sa vocation constitutionnelle, et bien disert, au contraire, sur des objets qui n'en relèvent pas, tels que la répartition des compétences entre professionnels de santé, la dette des hôpitaux et les règles applicables à la contention et à l'isolement en psychiatrie. Nous avons aussi regretté le dépôt tardif d'amendements substantiels rectifiant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et les objectifs de dépenses des diverses branches. À nos yeux, la crise sanitaire ne justifie pas une telle désinvolture.

Ces observations m'amènent à évoquer la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, qui devrait prochainement faire l'objet d'une CMP. Je forme le vœu que nous trouvions une ambition collective pour ce texte, ainsi que nous y invite, cette année encore, l'absence de « collectif » social, en dépit des sommes en jeu et de l'importance des sujets.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour le Sénat. Le Sénat a adopté cet après-midi le PLFSS 2022, après des travaux qui ont duré toute la semaine dernière. Avant d'examiner un à un les amendements adoptés par le Sénat, je crois utile de résumer en quelques mots notre approche et nos principales initiatives. Cela nous permettra de constater s'il est possible ou non de parvenir à un texte commun, ce dont je ne suis pas certaine de prime abord.

Nous avons adopté trente-huit articles conformes, parmi lesquels la quasi-totalité des articles récapitulatifs. Nous avons conservé l'esprit de nombreux autres articles, tout en les modifiant, parfois en proposant des évolutions que nous estimons constructives, telles que les ajustements de la réforme du financement de l'hôpital, et divers articles relatifs aux médicaments ou aux dispositifs médicaux.

En revanche, nous avons considéré que de nombreux articles introduits par l'Assemblée nationale voire figurant dans le texte initial n'avaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale, ce dont nous avons, en règle générale, tiré les conséquences, en adoptant des amendements de suppression.

De plus et surtout, nous avons manifesté une vive inquiétude sur la trajectoire financière qui figure dans l'annexe quadriennale. En l'absence de stratégie de retour des comptes de la sécurité sociale à l'équilibre après la crise, ils resteront durablement dans un rouge vif, atteignant à l'horizon 2025 un plateau de déficit compris entre 12 et 15 milliards d'euros, ce qui est manifestement incompatible avec la prévision de remboursement de la dette sociale en 2033. Le Sénat a manifesté sa désapprobation sur ce point en supprimant l'article 23.

Il a également adopté diverses mesures destinées à rétablir les comptes, notamment un amendement prévoyant la compensation à son coût réel du budget de Santé publique France, à nouveau augmenté, de 4,3 milliards d'euros, en 2021 ; un amendement visant à augmenter la contribution financière à l'assurance maladie des organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM) au titre de l'année 2021, portant son produit de 500 millions à 1 milliard d'euros ; un amendement de suppression de l'article 5, dans la droite ligne de notre opposition constante au transfert de 13 milliards d'euros de dette et d'investissements hospitaliers à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, dont nous considérons qu'elle n'est pas un fonds d'investissement ; un amendement prévoyant la convocation d'une conférence des financeurs sur les retraites et l'introduction de diverses mesures paramétriques si elle échoue.

J'exprime le souhait que, dans l'hypothèse où nos travaux ne seraient pas conclusifs, une nouvelle lecture du texte permette à l'Assemblée nationale de conserver les nombreux apports utiles du Sénat ne traduisant pas une divergence majeure. À cet égard, je me permets d'insister sur les amendements identiques n° 231 et n° 236 à l'article 54, relatifs à la fixation dans la loi, notamment dans le PLFSS, des dotations de la sécurité sociale aux fonds et organismes qu'elle subventionne. Par leur portée et leur contenu, ces amendements entrent en écho avec la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et pourraient contribuer de façon importante, voire décisive, à un accord sur ce texte.

M. Thomas Mesnier, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Si nos deux assemblées se sont accordées sur de nombreux points, les divergences entre les deux textes adoptés sont, cette année encore, trop nombreuses et trop profondes pour nous permettre d'envisager que la CMP soit conclusive.

Parmi les points d'accord substantiels, plusieurs se sont traduits soit par des votes conformes, soit par des améliorations partagées de la rédaction du texte.

Tout d'abord, s'agissant des recettes et de l'équilibre général, la première partie du PLFSS, la baisse de la taxe sur la vente en gros, le versement immédiat des aides sociales et fiscales des services à la personne, l'harmonisation du régime fiscal et social des employeurs publics en matière de protection sociale

complémentaire, la prolongation du régime social de l'activité partielle, la suppression de la surcotation salariale sur la prime de feu et les simplifications déclaratives pour les travailleurs indépendants.

S'agissant, ensuite, de l'assurance maladie et des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), le Sénat a conservé l'exigence d'un bilan visuel préalable, réalisé par un ophtalmologiste, en cas de renouvellement de correction par un orthoptiste de primo-prescription de verres correcteurs ou de lentilles de contact et il a adopté des précisions susceptibles de rassurer un certain nombre d'acteurs quant à la portée du dispositif, ce dont je me réjouis.

Parmi les autres points d'accord : l'amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides, les réformes du financement de l'hôpital ou la modernisation des prestations en espèces, qu'elles bénéficient aux travailleurs indépendants ou aux non-salariés agricoles – je me félicite des dispositions adoptées par le Sénat relatives à l'introduction d'un capital décès pour ces derniers.

S'agissant de l'autonomie, le Sénat a voté l'extension des revalorisations du Ségur de la santé aux personnels du secteur médico-social, y compris les 20 000 soignants travaillant dans des établissements pour personnes en situation de handicap financés par les départements, grâce à l'adoption d'un amendement du Gouvernement. Le Sénat a également validé l'instauration d'un tarif plancher national pour les services à domicile ainsi que la revalorisation et l'extension de l'allocation journalière du proche aidant et de l'allocation journalière de présence parentale.

S'agissant de la branche vieillesse, je me réjouis que le Sénat ait approuvé l'assouplissement du cumul emploi-retraite pour les soignants mobilisés pendant la crise sanitaire, la sécurisation de trimestres de retraite pour les travailleurs indépendants affectés par les restrictions sanitaires ainsi que les mesures relatives à la retraite progressive.

S'agissant de la branche famille, le Sénat a adopté la généralisation de l'intermédiation des pensions familiales, moyen le mieux à même de prévenir les impayés de pensions familiales. Je me félicite également qu'il ait adopté conforme l'amendement de ma collègue rapporteure Monique Limon visant à améliorer l'information des allocataires de prestations, notamment familiales, pour lutter contre le non-recours au droit.

Je souligne aussi de manière plus spécifique l'ensemble des dispositions en faveur des artistes-auteurs que le Sénat a validées.

Nos convergences sont donc réelles et substantielles, mais tel est malheureusement aussi le cas de nos points de divergence.

D'abord, le Sénat a adopté, parfois contre l'avis de sa commission, une dizaine de dispositions en matière d'exonérations ou, au contraire, de prélèvements supplémentaires, dont notre assemblée ne partage pas le bien-fondé ; elle avait d'ailleurs parfois déjà repoussé certaines de ces initiatives – je pense à la pérennisation du dispositif d'exonération de charges patronales pour l'emploi des

travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi agricoles dit « TODE », aux exonérations de l'ensemble des médicaments dérivés du sang, à l'alignement de la fiscalité du tabac à chauffer sur celle des cigarettes, à la création de zones franches médicales. L'absence de cohérence globale de ces dispositions, leurs effets sur les comptes ainsi que leur contradiction avec nos objectifs de rationalisation des exonérations et de stabilisation des prélèvements obligatoires me conduisent à souhaiter leur suppression.

Comme l'année dernière, le Sénat, fidèle à son opposition au mécanisme de reprise de la dette hospitalière instauré par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, a supprimé les dispositions de ce dernier. Je ne partage pas cette position compte tenu à la fois de la proximité entre le financement des établissements de santé et la branche maladie et, sur le fond, de la nécessité d'engager les établissements assurant le service public hospitalier dans une trajectoire vertueuse de désendettement et d'investissement.

Le Sénat a également supprimé le transfert financier entre les branches famille et maladie visant à compenser la prise en charge par cette dernière des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants, alors qu'il s'agissait d'un juste retour des choses et que de telles dépenses, par nature, incombent à la branche famille et se sont d'ailleurs substituées à certaines de ses dépenses.

Même si l'opposition est ici plus formelle, je tiens également à citer le rejet de l'article obligatoire d'approbation de l'annexe B, dont la trajectoire financière est certes déficitaire – ce qui a semblé motiver cette suppression – mais, surtout, sincère et illustre l'amélioration du solde sur la période, après une crise dont chacun s'accorde à reconnaître le caractère sans précédent.

Des désaccords importants subsistent également en quatrième partie, au premier rang desquels une réforme paramétrique du système de retraite adoptée par voie d'amendement, proposition récurrente de la Chambre haute. Cette question, de notre point de vue, relève des échéances nationales à venir. J'ajoute qu'aucune réforme des retraites n'a jamais été « traitée » de la sorte en PLFSS et que c'est probablement très bien ainsi, même si j'entends parfaitement que le Sénat a voulu prendre une position forte sur ce sujet, dont je ne mésestime pas l'importance – c'est précisément pourquoi il doit être débattu dans un texte et dans un calendrier idoines.

Ce sujet n'est cependant pas le seul à opposer nos assemblées pour ce qui est des dépenses. Je citerai aussi, là encore sans prétendre à l'exhaustivité, le fait de conditionner le conventionnement des médecins à un exercice, pendant six mois, en zone sous-dense. Si nous ne pouvons qu'adhérer à l'objectif poursuivi visant à améliorer l'accès aux soins sur tout le territoire, nous ne partageons pas le moyen choisi pour y parvenir, qui mettrait encore un peu plus à mal l'attractivité de l'exercice libéral.

Je citerai ensuite la suppression de l'article prévoyant de soumettre les centres dentaires et ophtalmologiques à l'agrément des agences régionales de santé.

Or celui-ci nous paraît essentiel pour mieux lutter contre les dérives que connaissent certains centres de santé.

Je citerai enfin le maintien à 1 milliard d'euros du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration. Or celui-ci n'est pas envisageable dès lors que nous devons tenir compte de l'actualisation de ce transfert : il en va du bon fonctionnement des différentes branches.

Dans ces conditions, il est difficile de trouver un accord équilibré pour dépasser l'ensemble de ces divergences. Il n'en reste pas moins que les rapporteurs de l'Assemblée nationale veilleront à ce que les avancées réelles apportées par le travail du Sénat soient autant que possible maintenues.

M. Jean-Pierre Door, député. Après la lecture sénatoriale, rien ne va mieux, rien n'a changé. La « règle d'or » a explosé en plein vol puisque la dette n'est en rien maîtrisée et qu'aucune vision stratégique ne permet d'envisager un retour à la normale. Qui sera donc capable de restaurer les finances de la sécurité sociale, et quand ?

Par ailleurs, vous avez souligné que trente-huit articles ont été adoptés conformes. Le Sénat a proposé des ajustements qui conviennent aux députés Les Républicains. Nous les soutiendrons, à l'exception du relèvement de la taxe versée par les OCAM et des contraintes liées à l'exercice médical.

Nous espérons que la majorité, à l'Assemblée nationale, fera des efforts en direction d'une régularisation financière, sinon, l'avenir risque d'être difficile pour l'assurance maladie.

Mme Fadila Khattabi, députée, présidente. Nous prenons donc acte que cette CMP ne peut être conclusive.

La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à l'adoption d'un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture

Projet de loi de financement de la sécurité sociale
pour 2022

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2020

.....

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2021

Article 3

I. – Les personnes participant à la campagne vaccinale dans le cadre de la lutte contre la covid-19 en centre de vaccination qui sont directement rémunérées pour cette activité par un organisme local d'assurance maladie et qui ne sont pas affiliées en tant que travailleurs indépendants au titre d'une autre activité sont affiliées à la sécurité sociale, au titre de leur participation à cette campagne, dans les conditions suivantes :

1° Les médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne vaccinale en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service ainsi que les médecins retraités et les étudiants en médecine sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1 du code de la sécurité sociale. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 642-4-2 du même code ;

2° Les personnes ne relevant pas du 1° du présent I sont affiliées au régime général dans les conditions applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale. Ces personnes sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, qui ne peut être ni inférieur à l'abattement prévu au premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter* du code général des impôts ni supérieur au plus élevé des abattements prévus à la première phrase du cinquième alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Projet de loi de financement de la sécurité sociale
pour 2022

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2020

.....

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE
2021

Article 3

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° Les médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne vaccinale en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service ainsi que les médecins retraités et les étudiants en médecine sont affiliés au régime général de sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes prévus aux articles L. 640-1, L. 644-1 et L. 646-1 du code de la sécurité sociale. Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations issues de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global fixé dans les conditions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2 du même code ;

2° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Les cotisations et contributions sociales dues par les personnes mentionnées aux 1^o et 2^o du présent I sont précomptées par l'organisme local d'assurance maladie qui les rémunère pour le compte des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. Les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général leur sont applicables.

Le présent I s'applique aux rémunérations perçues depuis le 1^{er} janvier 2021.

II. – A. – À titre exceptionnel, par dérogation aux plafonds et délais de carence définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, aux deux premiers alinéas de l'article L. 643-6 du même code ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, une pension de vieillesse liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire peut être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie, ~~entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021~~, en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.

B. – Le présent II est applicable au régime de retraite défini à l'article 5 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – A. – À titre exceptionnel, par dérogation aux plafonds et délais de carence définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, aux deux premiers alinéas de l'article L. 643-6 du même code ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 84 et à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite, une pension de vieillesse liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire peut être entièrement cumulée, entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021, avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé au sens de la quatrième partie du code de la santé publique.

B. – *(Non modifié)*

.....

Article 4 bis (nouveau)

À la fin du quatrième alinéa de l'article 13 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le taux : « 1,3 % » est remplacé par le taux : « 2,6 % ».

Article 4 ter (nouveau)

I. – La compensation à la branche maladie du coût réel du transfert de l'Agence nationale de santé publique au titre de l'année 2021 est assurée selon des modalités définies en loi de finances.

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 5

I. L'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'un contrat ou un avenant au précédent contrat a pour seul objet de concourir à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants, il peut être conclu jusqu'au 31 décembre 2028. Les versements interviennent avant le 31 décembre 2030. » ;

2° Le V est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent V, la dotation ou la fraction de la dotation concourant à la compensation des charges résultant d'opérations d'investissements structurants peut être comptabilisée en plusieurs fois en fonction de l'échéancier des versements. »

II. Le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel d'information sur le versement de la dotation mentionnée au I. Ce rapport dresse la liste des établissements bénéficiaires de cette dotation et du montant qui leur est versé.

.....

Article 7

I. — Au titre de l'année 2021, sont rectifiés :

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....	202,2	232,2	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	14,6	13,9	0,7
Vieillesse .	246,4	250,4	-4,0
Famille.....	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches (hors	531,3	563,8	-32,5

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 5

Supprimé

.....

Article 7

Au titre de l'année 2021, sont rectifiés :

1° (Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie....	<u>203,9</u>	<u>233,6</u>	<u>-29,7</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	<u>14,7</u>	13,9	<u>0,8</u>
Vieillesse .	<u>247,2</u>	250,4	<u>-3,3</u>
Famille.....	<u>50,8</u>	49,4	<u>1,4</u>
Autonomie	<u>32,0</u>	<u>32,4</u>	<u>-0,5</u>
Toutes branches (hors	<u>534,2</u>	<u>565,5</u>	<u>-31,2</u>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

transferts entre branches) .			
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse).	529,3	564,1	-34,8

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	200,7	230,7	-30,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	12,5	0,6
Vieillesse.....	140,0	143,7	-3,7
Famille	50,5	49,4	1,2
Autonomie	31,8	32,2	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	422,5	454,7	-32,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse)	421,7	456,3	-34,6

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse ..	17,2	19,6	-2,4

Texte adopté par le Sénat en première lecture

transferts entre branches) .			
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse).	<u>532,1</u>	<u>565,8</u>	<u>-33,7</u>

2° (Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	<u>202,4</u>	<u>232,1</u>	<u>-29,7</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles	<u>13,2</u>	12,5	<u>0,7</u>
Vieillesse.....	<u>140,8</u>	143,7	<u>-3,0</u>
Famille	<u>50,8</u>	49,4	<u>1,4</u>
Autonomie	<u>32,0</u>	<u>32,4</u>	<u>-0,5</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	<u>425,4</u>	<u>456,4</u>	<u>-31,0</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse)	<u>424,5</u>	<u>458,0</u>	<u>-33,5</u>

3° (Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse...	17,2	19,6	<u>-2,5</u>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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

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

6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui est fixé à 17,4 milliards d'euros.

Article 8

Au titre de l'année 2021, 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 :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	104,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	94,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	14,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,5
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	4,1
Autres prises en charge	7,3
Total	237,1

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° *(Non modifié)*

5° *(Non modifié)*

6° *(Non modifié)*

Article 8

(Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	<u>105,0</u>
Dépenses relatives aux établissements de santé	<u>95,5</u>
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées.....	<u>14,2</u>
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,5
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional.....	<u>4,3</u>
Autres prises en charge	7,3
Total	<u>238,8</u>

.....

Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

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

CHAPITRE I^{ER}

~~Poursuivre les actions de simplification et d'équité du~~
~~prélèvement~~

Article 10

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

1° À la deuxième phrase de l'article L. 133-4-11, après le mot : « principal », sont insérés les mots : « par les employeurs » ;

2° Le I de l'article L. 213-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, est ainsi modifié :

a) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Par dérogation au 2° du présent I, le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 dues par les travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 et dues par les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 ; »

b) Au 4°, les références : « L. 137-10 à L. 137-17 et L. 834-1 du présent code » sont remplacées par les références : « et L. 137-10 à L. 137-17 du présent code, à l'article L. 813-4 du code de la construction et de l'habitation » ;

3° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Le 5° est ainsi modifié :

– les quatrième à sixième alinéas sont remplacés par les six alinéas ainsi rédigés :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

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

CHAPITRE I^{ER}

Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs

Article 10

I. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 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 ainsi que de celles dues par les personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins ;

« b) Pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales ;

« c) Pour les cotisations mentionnées au 6° du I de l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celle prévue à l'article L. 6331-48 du code du travail ;

« d) Pour la cotisation obligatoire et le prélèvement supplémentaire obligatoire mentionnés au 1° de l'article 12-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que pour la majoration mentionnée à l'article 12-2-1 de la même loi ;

« e) Pour la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L. 2135-10 du code du travail ;

« f) Pour les cotisations ou contributions autres que celles d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi mentionnées au 1° de l'article L. 133-5-7 du présent code. » ;

– au septième alinéa, après le mot : « fixé », sont insérés les mots : « par attributaire ou catégorie d'attributaires, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, » et les mots : « du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou » et, à la fin, les mots : « , si ce taux est inférieur » sont supprimés ;

– à l'avant-dernier alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « dixième » ;

b) Le 7° est complété par les mots : « applicable sur les cotisations dues à ces régimes par les employeurs relevant des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ou des organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;

c) Le 7° bis est ainsi rédigé :

« 7° bis De compenser la perte de cotisations 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, applicable sur les cotisations dues à cet organisme par les employeurs relevant des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 133-9, L. 213-1 et L. 752-1 du présent code ainsi qu'à ceux mentionnés aux a à f de l'article L. 5427-1 du code du travail ; »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° L'article L. 225-1-5 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-5.* – Sans préjudice des dispositions particulières prévoyant d'autres règles d'affectation, le produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables est réparti entre les branches du régime général de sécurité sociale dans des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

5° L'article L. 613-9 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « revenu », la fin de la première phrase est supprimée ;

b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « En cas de recouvrement partiel, les cotisations et contributions sont prélevées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-11. » ;

6° L'article L. 640-2 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 640-2.* – Pour l'application du présent titre aux travailleurs indépendants libéraux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° de l'article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 du présent code et aux professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1 qui ne relèvent pas des dispositions mentionnées à l'article L. 613-7, les cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 sont recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables en matière de cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1.

« Les cotisations et contributions sociales mentionnées au premier alinéa du présent article sont affectées :

« 1° Pour la cotisation mentionnée à l'article L. 642-1, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, qui procède à sa répartition selon les conditions prévues à l'article L. 642-5 ;

« 2° Pour les cotisations sociales mentionnées aux articles L. 644-1 et L. 644-2, à la section professionnelle mentionnée au premier alinéa du présent article.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Une convention conclue entre les organismes mentionnés aux 1^o et 2^o du présent article et ceux mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale définit les modalités d'affectation de ces cotisations et contributions. » ;

7^o Au début du premier alinéa de l'article L. 641-8 et de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 642-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du 2^o bis de l'article L. 213-1 et de l'article L. 640-2, ».

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 5422-16 du code du travail est ainsi rédigé :

« Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 précise les conditions garantissant à ce dernier la pleine autonomie de gestion. Elle régit les relations financières entre les deux organismes dans le cadre fixé à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, en fixant des modalités de reversement de recettes affectées à l'assurance chômage de manière à assurer la neutralité des flux financiers pour la trésorerie de l'organisme gestionnaire du régime, et précise les données nécessaires à l'exercice de ses activités, en particulier concernant les masses salariales assujetties et les établissements cotisants. Elle fixe également les conditions dans lesquelles est assurée la vérification de l'exhaustivité des sommes dues par les employeurs et définit les objectifs de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude. Les modalités de rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont fixées en application du même article L. 225-1-1. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023, sous réserve des A à F du présent III.

A. – Les 1^o, 3^o, 4^o et 5^o du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter de cette date. Les créances de cotisations et contributions sociales et les créances accessoires correspondant aux restes à recouvrer dus aux attributaires par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avant cette date font l'objet d'un versement à hauteur de la valeur estimée recouvrable de ces créances au 1^{er} janvier 2022. Les modalités de règlement desdites créances, notamment leur échelonnement, sont fixées par convention entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les attributaires concernés.

B. – Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Alinéa sans modification)*

A. – *(Non modifié)*

B. – *(Non modifié)*

**Texte adopté par l'Assemblée nationale en
première lecture**

C. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale assurent, à compter du 1^{er} janvier 2023, le recouvrement des cotisations et l'acquittement des dettes afférentes aux périodes antérieures, pour le compte de la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1^o de l'article L. 640-1 du même code ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobile et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2^o de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les professions mentionnées aux 3^o, 4^o et 6^o à 8^o du même article L. 640-1.

Un décret prévoit, pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023, les modalités d'organisation des travaux conduits par les deux organismes et la section professionnelle susmentionnés pour le transfert de ces compétences.

D. – Au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 30 juin 2022, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale préparent le transfert des contrats de travail des salariés de ladite section qui sont chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code ou exerçant au sein des services supports associés à cette activité. Ils identifient les salariés à transférer selon l'emploi occupé par le salarié, selon la part de son activité consacrée directement ou indirectement au recouvrement, ainsi que selon ses compétences professionnelles. Ces critères sont repris par une convention entre les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 dudit code, laquelle prévoit également, le cas échéant, pour chaque salarié, une solution de reprise adaptée à sa situation.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les contrats de travail des salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III chargés du recouvrement qui ont été identifiés selon les modalités définies au premier alinéa du présent D sont transférés de plein droit aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale, dans le respect des solutions de reprise mentionnées au premier alinéa du présent D.

Jusqu'au transfert de leur contrat de travail, les salariés de la section professionnelle mentionnée au C du présent III restent régis à titre exclusif par les statuts collectifs de cette section.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

C. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

E. – Avant le 31 juillet 2022, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ayant vocation à accueillir les salariés transférés, la section professionnelle mentionnée au C du présent III et les organisations syndicales de salariés représentatives qui respectent les critères fixés à l'article L. 2121-1 du code du travail engageant des négociations au sein de ladite section afin de conclure des accords précisant les modalités, conditions et garanties s'appliquant aux salariés dans le cadre de leur transfert vers ces organismes et prévoyant, le cas échéant, les dispositions résultant des statuts collectifs de la section professionnelle mentionnée au C du présent III s'appliquant aux salariés transférés, à l'exclusion des stipulations portant sur le même objet des conventions collectives de sécurité sociale et des accords applicables dans les organismes vers lesquels leurs contrats de travail sont transférés.

Ces accords sont conclus selon les modalités prévues aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 du code du travail.

À défaut d'accord avant leur transfert, l'article L. 2261-14 du même code est applicable.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés, et ~~au plus tard~~ jusqu'au 31 décembre 2025. Après cette date, les statuts collectifs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.

F. – Les dates d'entrée en vigueur prévues aux C à E du présent III peuvent être reportées par décret, dans la limite de deux ans.

Article 11

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

1° L'article L. 133-5-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

– après la référence : « 6° », est insérée la référence : « à 9° » ;

b) À la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « prélèvement », il est inséré le mot : « bancaire » ;

c) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, ~~les mots~~ : « présent article » ~~sont remplacés par les mots~~ : « présent I » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

E. – (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés, et jusqu'au 31 décembre 2025. Après cette date, les statuts collectifs des organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.

F. – (*Non modifié*)

Article 11

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

c) (*Alinéa sans modification*)

– à la première phrase, ~~la référence~~ : « présent article » ~~est remplacée par la référence~~ : « présent I » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

– à la deuxième phrase, après le mot : « alinéa », ~~sont insérés les mots~~ : « du présent I » ;

d) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :

– au début, est ajoutée la mention : « II. – » ;

– après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I » ;

e) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Du montant alloué au titre des prestations sociales prévues aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, pour financer les dépenses d'aide humaine auxquelles se rapporte le prélèvement, lorsque le département débiteur a conclu la convention mentionnée à l'article L. 133-8-9 du présent code ; »

f) Sont ajoutés huit alinéas ainsi rédigés :

« 5° D'une aide spécifique au financement des services à la personne fournis à domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées ;

« 6° D'une aide spécifique au financement de la garde des enfants en dehors du domicile, liquidée lors de ce prélèvement et servie par un organisme désigné selon les modalités prévues à l'article L. 133-5-10 du présent code pour le compte de l'État, accordée aux personnes domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Le montant de cette aide est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées auxquelles se rapporte le prélèvement et qui sont éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du même code, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret en fonction de la composition du foyer fiscal des personnes concernées.

« Le montant des aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II est régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues à l'article 1665 *ter* du code général des impôts.

« Pour les personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6 du présent code, la contribution mentionnée à l'article L. 7233-1 du code du travail n'est pas éligible aux aides spécifiques prévues aux 5° et 6° du présent II.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

– à la deuxième phrase, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du présent I » ;

d) (*Non modifié*)

e) (*Non modifié*)

f) (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« III. – Le prélèvement mentionné au troisième alinéa du I tient compte, le cas échéant, des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire des personnes mentionnées au 9° de l'article L. 133-5-6.

« Le montant de ces versements ne peut pas excéder 50 % de la rémunération et des cotisations et contributions sociales dues.

« Lorsque l'employeur réalise ces versements autrement que par des titres spéciaux de paiement émis par l'un des organismes habilités mentionnés à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant conclu la convention prévue au 2° du II du présent article, il conserve les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 du présent code.

« IV. – Sans préjudice des sanctions pénales applicables, l'employeur ou le salarié qui déclarent des prestations fictives sont exclus du dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par voie réglementaire. » ;

2° À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er}, le mot : « employeurs » est remplacé par les mots : « recourant à des services à la personne » ;

3° L'article L. 133-8-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 133-8-3. – Sans préjudice des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, lorsque le particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de faire l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié est calculé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes exerçant l'activité mentionnée à l'article L. 7232-6 du code du travail, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de paiement direct des cotisations et contributions sociales auprès de cet organisme de recouvrement par le département pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge, sont prévues par décret. » ;

4° La sous-section 2 de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :

« Sous-section 2

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Non modifié*)

3° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 133-8-3. – Sans préjudice des articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, lorsque le particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de faire l'avance des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré dans le cadre de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de titres spéciaux de paiement mentionnés au B de l'article L. 1271-1 du code du travail, le montant de la prise en charge relative aux cotisations et contributions sociales dues par l'allocataire pour l'emploi d'un salarié est calculé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code au vu des éléments déclarés par le particulier employeur ou les organismes exerçant l'activité mentionnée au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de paiement direct des cotisations et contributions sociales auprès de cet organisme de recouvrement par le département pour le compte du particulier et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret. » ;

4° La sous-section 2 de la section 4 du chapitre 3 *bis* du titre III du livre I^{er} est ainsi rédigée :

(*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des organismes de services à la personne par les particuliers

« Art. L. 133-8-4. – I. – Tout particulier domicilié en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts peut demander à utiliser un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement des prestations suivantes réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles adhérant à ce dispositif :

« 1° Prestations de service à la personne réalisées à domicile selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;

« 2° Prestations d'accueil des enfants réalisées hors du domicile par un assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles employé par une personne morale de droit public ou de droit privé.

« II. – Le dispositif prévu au I permet à un particulier :

« 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle qui réalise les prestations à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 ~~du présent code~~ les sommes dues au titre des prestations qu'elle a réalisées, dont il est simultanément informé ;

« 2° D'accepter ou de contester la déclaration mentionnée au 1° du présent II auprès de l'organisme de recouvrement. Sans préjudice des voies de recours qui sont ouvertes en cas de litige entre un particulier et un prestataire, cette déclaration est réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ;

« 3° D'autoriser l'organisme de recouvrement à prélever sur un compte bancaire les sommes nécessaires au paiement des prestations acceptées, à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte, le cas échéant, des montants mentionnés aux 3°, 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12.

« III. – Le dispositif prévu au I ~~du présent article~~ permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui réalise les prestations :

« 1° D'enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10, pour leur permettre d'utiliser ce dispositif ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 133-8-4. – I. – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 1° D'autoriser la personne morale ou l'entreprise individuelle qui réalise les prestations à déclarer à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 les sommes dues au titre des prestations qu'elle a réalisées, dont il est simultanément informé ;

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« III. – Le dispositif prévu au I permet à la personne morale ou à l'entreprise individuelle qui réalise les prestations :

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 2° De déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel elle a réalisé des prestations. Le prestataire est tenu de déclarer les sommes directement reçues, le cas échéant, du particulier. Dans ce cas, le particulier et le prestataire en conservent les pièces justificatives, dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3 ;

« 3° De percevoir de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 le montant dû par chaque particulier, après déduction, le cas échéant, des sommes versées directement par lui dans les conditions mentionnées au 2° du présent III.

« IV. – Les personnes dont l'activité consiste à mettre un particulier en relation avec une personne morale ou une entreprise individuelle réalisant les prestations mentionnées au I peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par ce prestataire, effectuer les démarches mentionnées aux 1° et 2° du III dans les conditions prévues à l'article L. 133-11.

« Art. L. 133-8-5. – Toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peut être autorisée par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code à adhérer au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4, sous réserve :

« 1° De respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation fixées aux articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail ;

« 2° De ne pas avoir fait l'objet d'un constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8211-1 du même code au cours des cinq années précédentes ;

« 3° D'être 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 ;

« 4° D'être à jour de ses obligations de déclaration et de paiement en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée ;

« 5° D'approuver une charte d'utilisation du service établie par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui précise notamment les modalités techniques d'accès au dispositif, de paiement des prestations et de reversement des sommes versées à tort ainsi que ses engagements en matière d'accompagnement des particuliers, de réponse aux contestations et de communication sur le service.

« Art. L. 133-8-6. – Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif, dans des conditions et pour une durée fixées par décret :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 133-8-5. – Toute personne morale ou entreprise individuelle réalisant des prestations de service à la personne selon les modalités prévues aux 2° et 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail peut être autorisée, par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du présent code, à adhérer au dispositif dématérialisé mentionné à l'article L. 133-8-4, sous réserve :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 133-8-6. – *(Alinéa sans modification)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation. La personne morale ou l'entreprise individuelle qui a réalisé les prestations recouvre alors elle-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;

« 2° Sans préjudice des sanctions pénales applicables, le particulier, la personne morale ou l'entreprise individuelle qui accepte ou déclare des prestations fictives ;

« 3° La personne qui réalise les prestations, en cas de méconnaissance des exigences résultant de la charte mentionnée au 5° de l'article L. 133-8-5.

« Art. L. 133-8-7. – Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 133-8-6, l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 notifie au prestataire les sommes qui lui ont été versées à tort, en l'invitant à les payer ou à produire ses observations sous un délai de trente jours, puis, en l'absence de paiement ou d'observations, les recouvre par prélèvement bancaire au terme du même délai. Le cas échéant, ce même organisme restitue au particulier les montants que celui-ci a versés à tort.

« Si le prélèvement mentionné au premier alinéa du présent article n'a pas permis de recouvrer les sommes versées à tort ou en cas de rejet total ou partiel des observations du prestataire, le directeur de l'organisme de recouvrement lui adresse, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois. La mise en demeure peut concerner plusieurs montants préalablement notifiés.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme de recouvrement peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues.

« Sauf en cas de fraude, l'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 133-8-7. (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Art. L. 133-8-8. – L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 met les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 territorialement compétents en mesure de procéder, le cas échéant, à une compensation entre le montant des cotisations et contributions sociales leur restant dues au titre de l'emploi de salariés par la personne qui réalise les prestations et les sommes mentionnées au 3° du III de l'article L. 133-8-4. » ;

5° La même section 4 est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

« *Sous-section 3*

« *Dispositions diverses*

« Art. L. 133-8-9. – En vue de déterminer et de vérifier le montant des dépenses restant à la charge du particulier après application, le cas échéant, des aides mentionnées au 3° du II de l'article L. 133-5-12, dans le cadre des dispositifs prévus au même article L. 133-5-12 et à l'article L. 133-8-4, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 conclut une convention, conforme à un modèle approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec les collectivités territoriales qui versent ces aides. Cette convention précise notamment :

« 1° Les modalités d'échange des informations relatives aux particuliers qui bénéficient des aides, aux montants octroyés, à la nature des aides dont ils bénéficient et, le cas échéant, aux modalités spécifiques d'imputation de ces aides sur les dépenses du particulier ;

« 2° Les modalités de remboursement, par l'organisme ou la collectivité, des montants d'aide avancés pour son compte par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-5-10 ;

« 3° Les modalités d'échange des informations relatives aux personnes qui réalisent les prestations pour les particuliers bénéficiant des aides ainsi qu'aux montants, aux volumes et à la nature des services déclarés.

« Art. L. 133-8-10. – Pour la prise en compte, dans le cadre des dispositifs prévus aux articles L. 133-5-12 et L. 133-8-4, des aides mentionnées aux 5° et 6° du II de l'article L. 133-5-12, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 et l'administration fiscale concluent une convention précisant les modalités du remboursement de ces aides par l'État.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 133-8-8. – (*Alinéa sans modification*)

5° (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 133-8-9. – (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 133-8-10. – (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Ils échangent les informations nécessaires à l'identification des particuliers susceptibles de bénéficier de ces aides, au calcul de ces aides, à leur imputation dans le cadre des dispositifs mentionnés au premier alinéa du présent article, ainsi qu'à leur prise en compte ultérieure pour l'établissement de l'impôt sur le revenu des bénéficiaires. Les données traitées, qui peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques, sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3.

« Le contenu et les modalités de réalisation de ces échanges sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

6° Le dernier alinéa de l'article L. 133-5-6 est supprimé ;

7° À l'article L. 531-8-1, après la première occurrence du mot : « alinéa », est insérée la référence : « du I ».

II. – Le I du II de la section I du chapitre I^{er} du livre II du code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 1665 *bis* est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Pour l'application du deuxième alinéa du présent article, l'acompte est calculé en fonction :

« 1° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies*, après imputation de l'aide spécifique prévue au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle ;

« 2° Du montant du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, après imputation de l'aide spécifique prévue au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours de l'avant-dernière année. Lorsque le montant de l'aide spécifique servie excède le montant du crédit d'impôt, ce dernier est retenu pour une valeur nulle.

« Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale servie au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Ils échangent les informations nécessaires à l'identification des particuliers susceptibles de bénéficier de ces aides, au calcul de ces aides, à leur imputation dans le cadre des dispositifs mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'à leur prise en compte ultérieure pour l'établissement de l'impôt sur le revenu des bénéficiaires. Les données traitées, qui peuvent comporter le numéro d'identification fiscale des personnes physiques, sont conservées dans la limite de la prescription prévue à l'article L. 244-3.

(Alinéa sans modification)

6° *(Non modifié)*

7° *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Le montant de l'acompte, calculé dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du présent article, est réduit du montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale perçue au cours des huit premiers mois de l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code. » ;

b) À la fin du troisième alinéa, les mots : « calculé dans les conditions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « déterminé dans les conditions prévues aux deuxième à septième alinéas du présent article » ;

2° L'article 1665 *ter* est ainsi rétabli :

« Art. 1665 *ter*. – I. – Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 5° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 199 *sexdecies* du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 du même article 199 *sexdecies*. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt.

« II. – Le montant de l'aide spécifique mentionnée au 6° du II de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, constitutive d'un acompte du crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du présent code, s'impute sur le montant du crédit d'impôt dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle les dépenses sont réalisées. Le montant de cet acompte n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au premier alinéa du même article 200 *quater* B. Lorsque le montant de l'acompte excède celui du crédit d'impôt, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. »

III. – L'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Le I du I est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés les mots : « Dans la perspective de l'entrée en vigueur de l'article 11 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, » ;

b) L'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° À la fin de la première phrase du IV, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans, sans préjudice de la mise en œuvre des dispositions du b du 3 du I et du 1° du III après la fin de cette période ».

IV. – Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, et à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 et pour l'accueil des enfants réalisés par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les 4° et 5° du I du présent article s'appliquent aux prestations de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 1^{er} avril 2022 et aux activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 ainsi qu'aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2024.

Le 3° du I du présent article s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter du 1^{er} janvier 2023. Le 6° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

IV. – Les 1° et 5° du I s'appliquent aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile par des particuliers employeurs courant à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les activités de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, et à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les activités de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 et pour les activités d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les 4° et 5° du I du présent article s'appliquent aux prestations de service à la personne mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles à compter du 1^{er} avril 2022 et aux prestations de garde d'enfant à domicile mentionnées au 1° du même article L. 7231-1 ainsi qu'aux prestations d'accueil des enfants réalisées par les assistants maternels agréés mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2024.

Le 3° du I du présent article s'applique aux déclarations réalisées au titre des périodes d'emploi de salariés à domicile courant à compter du 1^{er} janvier 2023. Le 6° du même I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Article 11 bis A (nouveau)

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

1° L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit, à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

b) Les I bis et I ter sont abrogés ;

c) À la première phrase du premier alinéa du III, la première occurrence du mot : « à » est remplacée par le mot : « et » ;

2° L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– au premier alinéa, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 11 bis

Texte adopté par le Sénat en première lecture

général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit, à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

– à la première phrase du 1^o, les mots : « fiscalement domiciliés en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France, à raison de l'origine de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à un régime obligatoire français d'assurance maladie » ;

b) Les I bis et I ter sont abrogés ;

c) Le second alinéa du I du VI est supprimé.

II. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1^o Au premier alinéa du I de l'article 15, les références : « aux I et I bis » sont remplacées par la référence : « au I » ;

2^o À la première phrase du I de l'article 16, les références : « aux I et I bis » sont remplacées par la référence : « au I ».

III. – Le 1^o du I s'applique aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2021.

IV. – Le 1^o du I s'applique aux plus-values réalisées au titre des cessions intervenues à compter du 1^{er} janvier 2021.

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

Article 11 bis B (nouveau)

L'article L. 137-41 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Il est institué une contribution de solidarité de la finance pour l'autonomie au taux de 1 %, assise sur les revenus distribués au sens des articles 109 et 120 du code général des impôts. »

Article 11 bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « aux organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

I. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « aux organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, » et la référence : « même code » est remplacée par la référence : « code de la sécurité sociale ».

II. – *(Non modifié)*

.....

Article 12 bis A (nouveau)

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

1° À l'article L. 911-2, les mots : « et du risque chômage » sont remplacés par les mots : « , du risque chômage et du risque de perte d'autonomie chez un proche au sens des articles L. 1225-62 et L. 3142-16 du code du travail » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 911-8, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « ou à la perte d'autonomie chez un proche au sens des articles L. 1225-62 et L. 3142-16 du code du travail ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 141-1 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 145-1 du code des assurances, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « ou à la perte d'autonomie chez un proche au sens des articles L. 1225-62 et L. 3142-16 du code du travail ».

III. – À l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « ou à la perte d'autonomie chez un proche au sens des articles L. 1225-62 et L. 3142-16 du code du travail ».

IV. – Au titre des garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées à l'article L. 168-8 du même code bénéficiant d'un congé de proche aidant bénéficient d'une indemnité complémentaire à l'allocation prévue au même article L. 168-8. Elle est servie pendant une période ne pouvant excéder la durée de versement de cette même allocation selon l'article L. 3142-26 du code du travail ou, à défaut d'accord, le 1° de l'article L. 3142-27 du même code.

Le montant mensuel de l'indemnité est égal à la différence entre, d'une part, le montant de la rémunération nette mensuelle que percevait la personne et, d'autre part, le montant de l'allocation prévue à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale et les avantages éventuels prévus au

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

titre d'un accord collectif ou, le cas échéant, des indemnités servies aux demandeurs d'emploi.

Le cas échéant, les contributions des personnes mentionnées au même article L. 168-8 bénéficiant d'un congé de proche aidant destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction de 5 % du montant du plafond de la sécurité sociale.

Un décret fixe les conditions d'application du présent IV.

V. – Au titre des garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées à l'article L. 544-1 du même code bénéficiant d'un congé de présence parentale bénéficient d'une indemnité complémentaire à l'allocation prévue au même article L. 544-1. Elle est servie pendant une période ne pouvant excéder la durée de versement de cette même allocation.

Le montant mensuel de l'indemnité est égal à la différence entre, d'une part, le montant de la rémunération nette mensuelle que percevait la personne et, d'autre part, le montant de l'allocation prévue à l'article L. 168-8 dudit code et les avantages éventuels prévus au titre d'un accord collectif ou, le cas échéant, des indemnités servies aux demandeurs d'emploi.

Le cas échéant, les contributions des personnes mentionnées à l'article L. 544-1 du même code bénéficiant d'un congé de présence parentale destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du même code sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction de 5 % du montant du plafond de la sécurité sociale.

Un décret fixe les conditions d'application du présent V.

VI. – 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.

VII. – La perte de recettes résultant pour l'État 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.

VIII. – Le présent article entre en vigueur à la date d'application de l'article 32 *sexies*.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 12 bis B (nouveau)

Le II de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative, sous réserve que l'organisme ne module pas, au-delà d'un seuil fixé par décret et au titre de ce contrat, le niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à tout professionnel de santé ayant conclu une convention mentionnée à l'article L. 863-8. » :

2° Au quatrième alinéa, les mots : « deuxième ou troisième » sont remplacés par les mots : « deuxième, troisième ou avant-dernier ».

Article 12 bis C (nouveau)

I. – Le 4° du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et l'article 16 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 sont abrogés.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la pérennisation de l'exonération définie à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime au-delà de 2023 est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 12 bis D (nouveau)

I. – Le 2° du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que les établissements publics de coopération intercommunale ».

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

Article 12 bis E (nouveau)

I. – Après l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-3-1 ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 1434-3-1. – Dans le cadre du schéma régional pluriannuel d'organisation des soins, sont créées, par l'agence régionale de santé en relation avec les représentants des collectivités territoriales concernées, des zones franches médicales sur les territoires déficitaires en offre de médecine générale et de spécialité.

« Il est institué dans les zones franches médicales une exonération des cotisations sociales, dont les modalités sont définies par décret, auxquelles sont assujettis les médecins généralistes et les médecins spécialistes libéraux à compter de leur installation. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une contribution additionnelle à la contribution mentionnée à l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

.....

.....

Article 12 quater (nouveau)

Le huitième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est indiqué au professionnel ou à l'établissement qu'il peut se faire assister du conseil de son choix. »

Article 12 quinquies (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le refus de délivrance de l'attestation ne peut intervenir qu'au terme de la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2 du présent code. »

CHAPITRE II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13

I. – L'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « déclare ses revenus d'activité, » ;

CHAPITRE II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13

I. – (Alinéa sans modification)

1° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « personne », sont insérés les mots : « déclare ses revenus d'activité, » et le mot : « qu'elle » est supprimé ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour le travailleur indépendant débutant son activité et non encore tenu de déclarer ou de payer des cotisations et contributions sociales, une attestation provisoire est délivrée dès lors que l'activité a été régulièrement déclarée et que l'ensemble des formalités et procédures afférentes à la création d'activité ont été respectées. L'attestation provisoire n'est valide que pour la période courant jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement à laquelle le travailleur indépendant est soumis. »

II. – Les deux dernières phrases de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale sont supprimées.

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

1° À la première phrase du premier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2023 » et les mots : « les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code peuvent proposer à des travailleurs indépendants » sont remplacés par les mots : « les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du même code, autres que ceux relevant des articles L. 613-7 et L. 642-4-2 dudit code, peuvent demander aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du même code » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale, le présent XVII s'applique à compter du 1^{er} janvier 2023.

« La déclaration des revenus mensuels ou trimestriels et le paiement des cotisations et des contributions sociales provisionnelles qui en découlent sont effectués par les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du présent XVII au moyen d'un téléservice mis en place à cette intention par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Le présent XVII n'est pas applicable aux cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 645-2 et L. 654-2 du code de la sécurité sociale dont sont redevables, auprès de la section professionnelle compétente, les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du même code, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° du même article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobiles et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1. » ;

3° À la fin de la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

IV. – Le deuxième alinéa du VI de l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 est ainsi modifié :

a) À la fin de la deuxième phrase, la date : « 30 septembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 » ;

b) À la fin de la dernière phrase, la date : « 30 avril 2021 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2021 ».

V. – À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 642-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « dispositions prévues à l'article L. 613-7 » sont remplacés par les références : « articles L. 613-7 et L. 642-4-2 ».

VI. – Au B du I et au second alinéa du A du II de l'article 25 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » et, à la fin, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Le présent XVII n'est pas applicable aux cotisations et contributions sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 du même code dont sont redevables, auprès de la caisse compétente, les travailleurs indépendants mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 651-1 dudit code, à l'exception de ceux affiliés à la section professionnelle compétente pour les psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et diététiciens mentionnés au 1° du même article L. 640-1 ainsi que pour les experts devant les tribunaux, les experts automobiles et les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles mentionnés au 2° de l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale et les professions mentionnées aux 3°, 4° et 6° à 8° du même article L. 640-1. » ;

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

IV. – (*Non modifié*)

V. – (*Non modifié*)

VI. – (*Non modifié*)

Article 13 bis A (nouveau)

I. – L'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Aux première et dernière phrases, les mots : « précédant celle » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'année précédente. Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont effectué l'option mentionnée au premier alinéa lors de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ou lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de déterminer ledit revenu professionnel, les cotisations sont calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement dans des conditions déterminées par décret. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

« Par dérogation au deuxième alinéa, les cotisations peuvent être calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette forfaitaire dès lors que les éléments d'appréciation sur l'importance des revenus professionnels des assurés au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due établissent que ces revenus sont différents de l'assiette retenue en application du présent article. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret. »

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

.....

Article 13 ter

Après l'article L. 382-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 382-3-2. – Lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations d'un assuré, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est supérieur au plafond défini à l'article L. 241-3, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 procède, à sa demande et dans un délai de quatre mois, à ~~une~~ régularisation du montant des cotisations dues. »

Article 13 quater

I. – Le ~~dernier~~ alinéa de l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , qui met à la disposition des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 le certificat de ~~précompte~~ afférent ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

.....

.....

Article 13 ter

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 382-3-2. – Lorsque l'ensemble des revenus et rémunérations ~~perçus par un~~ assuré au cours de l'année considérée, dont une partie au moins est issue de ses activités d'auteur, est supérieur au plafond défini à l'article L. 241-3, l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 procède, à sa demande et dans un délai de quatre mois, à la régularisation du montant des cotisations dues. »

Article 13 quater

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 382-5 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , qui met à la disposition des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 le certificat afférent ».

II. – *(Non modifié)*

.....

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 14

I. – La section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} du code de commerce est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin du chef d'entreprise, travaillant dans l'entreprise familiale » ;

2° Après le IV de l'article L. 121-4, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :

« IV *bis*. – Une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans, en tenant compte de l'ensemble des périodes et des entreprises au titre desquelles elle a opté pour ce statut.

« ~~Au-delà~~ de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié.

« ~~Dans le cas où, au terme de la durée de cinq ans susmentionnée, le conjoint collaborateur se trouve à cinq ans au plus de la date à partir de laquelle il peut opter pour la liquidation de ses droits à la retraite, il peut conserver le statut de conjoint collaborateur jusqu'à la date de liquidation.~~ » ;

3° L'article L. 121-8 est complété par les mots : « ou qui vivent en concubinage avec le chef d'entreprise ».

II. – Le titre VI du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 661-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 661-2. – L'organisme de sécurité sociale dont relève le conjoint collaborateur mentionné au second alinéa de l'article L. 661-1 peut procéder à sa radiation en cas de dépassement de la durée de cinq ans au delà de laquelle il est réputé exercer son activité sous le statut de conjoint salarié en application du IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce. La radiation est décidée à l'issue d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'État, et prend effet au

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 14

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

« IV *bis*. – Une personne ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans, en tenant compte de l'ensemble des périodes et des entreprises au titre desquelles elle a opté pour ce statut, qu'à la condition d'opter pour l'assiette minimale de cotisations mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 662-1 du code de la sécurité sociale.

« Au-delà de cette durée, le conjoint continuant à exercer une activité professionnelle de manière régulière dans l'entreprise et n'ayant pas opté pour l'assiette minimale de cotisations mentionnée au premier alinéa du présent article opte pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut, il est réputé avoir opté pour le statut de conjoint salarié.

« Le présent IV bis n'est pas applicable au conjoint collaborateur dont l'âge, au terme de la durée de cinq ans susmentionnée, est au moins égal à l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale diminué de cinq années ou, lorsqu'il remplit les conditions requises, à l'âge mentionné à l'article L. 351-1-1 ou à l'article L. 351-1-3 du même code diminué de cinq années. » ;

3° (*Non modifié*)

II. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

terme de la dernière année civile au cours de laquelle la durée de cinq ans arrive à échéance.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. » ;

2° L'article L. 662-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « au cinquième alinéa » sont remplacés par les mots : « aux ~~cinquième~~ et ~~septième~~ alinéas » ;

b) Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les conjoints collaborateurs des assurés mentionnés à l'article L. 613-7, les cotisations sont calculées, à leur demande, soit sur la base d'un montant forfaitaire, soit sur la base du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise. Le taux global de cotisation mentionné au I du même article L. 613-7 est déterminé à raison des seuls risques mentionnés au second alinéa de l'article L. 661-1. » ;

c) La première phrase de l'avant-dernier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que le montant forfaitaire mentionné au ~~septième~~ alinéa ».

III. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de conjoint collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée au IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date.

Article 14 bis

I. — Après le dixième alinéa de l'article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Alinéa sans modification*)

a) Au premier alinéa, les mots : « au cinquième alinéa » sont remplacés par les mots : « aux sixième et huitième alinéas » ;

a bis) (nouveau) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À l'expiration du délai de cinq ans mentionné au premier alinéa du IV *bis* de l'article L. 121-4 du code de commerce, les cotisations des conjoints collaborateurs ne se trouvant pas dans la situation mentionnée au dernier alinéa du même IV *bis* sont calculées, à leur demande, soit sur la base d'un revenu forfaitaire égal à 50 % du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code, soit sur la base d'une fraction du revenu d'activité du chef d'entreprise, à la condition que celle-ci soit au moins égale à 50 % dudit plafond. » ;

b) (*Non modifié*)

c) La première phrase de l'avant-dernier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que le montant forfaitaire mentionné au huitième alinéa ».

III. – (*Non modifié*)

Article 14 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« La personne qui devient collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut pas conserver cette qualité plus de cinq ans. »~~

~~II. — Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.~~

~~III. — Le I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2022 aux personnes ayant la qualité de collaborateur d'un chef d'exploitation ou d'une entreprise agricole à cette date.~~

CHAPITRE III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

.....

CHAPITRE IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16

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

1° L'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Au I, la référence : « et L. 162-22-7-1 du présent code » est remplacée par les références : « , L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) Le II est ainsi modifié :

— au 1°, les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux deux premiers alinéas » ;

— au 2°, les mots : « les listes prévues » sont remplacés par les mots : « la liste prévue » et, après la référence : « L. 162-22-7 », la fin est supprimée ;

— au 3°, les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de la santé publique » ;

— sont ajoutés des 4° et 5° ainsi rédigés :

« 4° Ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et pris en charge par l'assurance maladie ;

« 5° Ceux bénéficiant du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 36 de la

Texte adopté par le Sénat en première lecture

CHAPITRE III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

.....

CHAPITRE IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16

I. — *(Alinéa sans modification)*

1° *(Alinéa sans modification)*

a) *(Non modifié)*

b) *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « et L. 162-22-7-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-18-1 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

3° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ou du dispositif de prise en charge d'accès direct prévu à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

4° L'article L. 138-19-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après la référence : « L. 162-22-7 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au titre des produits et prestations bénéficiant de la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 » ;

– les références : « L. 162-17-5 et L. 165-4 » sont remplacées par les mots : « L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

– sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

« a) Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique :

« b) Les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° :

« c) Les spécialités de références définies au a dudit 5°, lorsqu'elles sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application du II de l'article L. 162-16 du présent code ou lorsqu'elles le sont sur la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, en application du III du même article L. 162-16, ou lorsque leur prix de vente au public est identique à celui des spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent :

« d) Les médicaments biologiques similaires définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique :

« e) Les médicaments hybrides définis au c du 5° du même article L. 5121-1. » :

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

– la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) Au second alinéa, les mots : « est subordonnée » sont remplacés par les mots : « et la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont subordonnées » ;

5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-19-9, les références : « ~~L. 162-17-5 et L. 165-4~~ » sont remplacées par les mots : « ~~aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4~~ et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

6° L'article L. 138-19-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

b) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant de la contribution due par chaque exploitant redevable ne peut excéder 10 % de ce montant remboursé. » ;

7° Le second alinéa de l'article L. 138-19-12 est supprimé ;

8° Après le mot : « pharmaceutiques », la fin de l'article L. 245-1 est ainsi rédigée : « , de spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou de spécialités prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. » ;

9° L'article L. 245-2 est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) (*Non modifié*)

5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 138-19-9, la référence : « et L. 165-4 » est remplacée par les mots : « , L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7 » ;

6° (*Alinéa sans modification*)

aa) (nouveau) Au début, sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

7° (*Non modifié*)

8° (*Non modifié*)

9° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) La seconde phrase du 1° du I est complétée par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou au titre de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) La seconde phrase du 3° du même I est complétée par les mots : « et qui n'est pas prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du précitée » ;

c) À la première phrase du dernier alinéa du même I, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du précitée » ;

d) Au 3° du II, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du précitée, » ;

e) Le premier alinéa du III est complété par les mots : « ou pris en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du précitée » ;

10° Au premier alinéa de l'article L. 245-4, après le mot : « et », il est inséré le mot : « soit » et, après la seconde occurrence du mot : « publique », sont insérés les mots : « , soit prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

11° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :

a) À la fin du VI, les mots : « ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités » sont remplacés par les mots : « inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

b) Le VII est complété par les mots : « ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code ou de l'article 36 de la loi n° du précitée ».

II. – Les 1° à 7° et le 11° du I s'appliquent aux contributions prévues aux articles L. 138-10 et L. 138-19-9 et au VI de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2021 et des années suivantes.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

10° (*Non modifié*)

11° (*Alinéa sans modification*)

aa) (nouveau) Au IV, après le mot : « entreprises », sont insérés les mots : « , des remises mentionnées aux articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1-1 et à l'article 36 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 » ;

(*Alinéa sans modification*)

b) (*Non modifié*)

II. – Les 1° à 7° et le 11° du I s'appliquent aux contributions prévues aux articles L. 138-10 et L. 138-19-9 et au VI de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale,

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – Les 8° à 10° du I s'appliquent à la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale due au titre des exercices clos à compter du 31 décembre 2021.

IV. – Pour l'année 2022, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 24,5 milliards d'euros.

V. – Pour l'année 2022, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,15 milliards d'euros.

Article 16 bis

L'article L. 5423-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de récidive, l'amende est portée à un maximum de 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. Le produit de l'amende prévue au présent article est versé à

Texte adopté par le Sénat en première lecture

dans leur rédaction résultant de la présente loi, dues au titre de l'année 2021 et des années suivantes.

III. – Les 8° à 10° du I s'appliquent à la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, due au titre des exercices clos à compter du 31 décembre 2021.

IV. – Pour l'année 2022, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 19,5 milliards d'euros.

V. – *(Non modifié)*

VI (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale de la réduction de l'assiette de la clause de sauvegarde prévue à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

VII (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du aa du 6° du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

VIII (nouveau). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du aa du 11° du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 16 bis A (nouveau)

I. – Le 3° du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 3° Tous les médicaments dérivés du sang. »

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

Article 16 bis

L'article L. 5423-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de manquement grave et répété constituant un risque pour la sécurité d'approvisionnement en médicaments, l'amende est portée à un maximum de 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. Le produit de l'amende

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. »

Article 16 ter

I. – À la fin du V de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, le taux : « 0,18 % » est remplacé par le taux : « 0,20 % ».

II. — Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1121-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « non interventionnelles » sont supprimés ;

b) Au huitième alinéa, le mot : « lieux » est remplacé par les mots : « sites ou territoires » et sont ajoutés les mots : « par site ou territoire » ;

2° L'article L. 1121-3 est ainsi modifié :

a) Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

« Les recherches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 1121-1 et qui n'ont aucune influence sur la prise en charge médicale de la personne qui s'y prête peuvent être effectuées sous la direction et la surveillance d'une personne qualifiée. Le comité de protection des personnes ou, le cas échéant, le comité d'éthique local de la recherche s'assure de l'adéquation entre la qualification des investigateurs et les caractéristiques de la recherche. » ;

b) Le début de la seconde phrase de l'avant dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour les recherches mentionnées aux 2° et 3° du même article L. 1121-1, des recommandations... (le reste sans changement). » ;

3° L'article L. 1121-4 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable du comité de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-1. Les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1, hormis les recherches relevant du secret de la défense nationale, ne peuvent être mises en œuvre qu'après avis favorable d'un comité d'éthique local de la recherche agréé mentionné à l'article L. 1123-1. Le promoteur adresse une copie de l'avis rendu par le comité compétent et un résumé de la recherche à l'autorité compétente. Sur demande de celle-ci, le comité concerné transmet sans délai à l'autorité compétente toutes les informations utiles concernant ces recherches. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

prévues au présent article est versé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. »

Article 16 ter

I. – (*Non modifié*)

II et III. – (*Supprimés*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) Au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont supprimés ;

4° À la fin du premier alinéa de l'article L. 1121-8-1, à l'article L. 1121-16-2 et au premier alinéa du II de l'article L. 1123-7, les mots : « non interventionnelles » sont remplacés par les mots : « mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 » ;

5° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1121-13, après le mot : « hospitaliers », sont insérés les mots : « , dans les domiciles des participants à ces recherches » ;

6° Au 5° de l'article L. 1122-1, à la première phrase de l'article L. 1122-1-3 ainsi qu'à l'avant-dernier alinéa du II et à la deuxième phrase du deuxième alinéa, à la seconde phrase du troisième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa du III de l'article L. 1122-2, les mots : « mentionné à l'article L. 1123-1 » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

7° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 1122-1, à l'article L. 1123-7-2 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1126-1, les mots : « non interventionnelle » sont remplacés par les mots : « mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1 » ;

8° À l'intitulé du chapitre III du titre II du livre I^{er} de la première partie, après le mot : « personnes », sont insérés les mots : « , comités d'éthique locaux de la recherche » ;

9° Après le premier alinéa de l'article L. 1123-1, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le ministre chargé de la santé agréé pour une durée déterminée plusieurs comités d'éthique locaux de la recherche. Leurs membres sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle le comité a son siège. Un de ces membres au moins est un représentant d'associations d'usagers du système de santé agréées au titre de l'article L. 1114-1. Les comités exercent leur mission en toute indépendance.

« Les comités d'éthique locaux de la recherche sont chargés de procéder à l'évaluation des projets de recherche mentionnés au 3° de l'article L. 1121-1. Les comités d'éthique locaux de la recherche respectent des règles de composition et de fonctionnement définies par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

10° Après l'article L. 1123-1-1, il est inséré un article L. 1123-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1123-1-2. – I. – Il est institué auprès du ministre chargé de la santé une commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés, qui coordonne, harmonise et évalue les pratiques de ces comités. La commission nationale élabore

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

le règlement intérieur type des comités d'éthique locaux de la recherche agréés, qui prévoit notamment les règles de déport des membres de ces comités. Elle veille à la bonne mise en œuvre de ce règlement intérieur, notamment au respect des règles d'indépendance et de pluridisciplinarité.

~~« La commission comprend un comité d'éthique local de la recherche dit de recours, qui se prononce sur les demandes de second examen mentionnées aux articles L. 1123-6 et L. 1123-9.~~

~~« La commission remet chaque année au ministre chargé de la santé des recommandations concernant les modalités de fonctionnement des comités d'éthique locaux de la recherche agréés et les modalités d'évaluation des projets de recherche mentionnés au 3° de l'article L. 1121-1.~~

~~« Elle est consultée sur les projets de loi ou de décret concernant les recherches impliquant la personne humaine mentionnés au même 3°.~~

~~« La commission agit en concertation avec les comités d'éthique locaux de la recherche agréés.~~

~~« II. — Le fait pour un membre de la commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés de prendre part aux travaux ou aux délibérations de la commission alors qu'il a un intérêt, direct ou indirect, au projet de recherche examiné est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.~~

~~« Les membres de la commission nationale de coordination et de recours des comités d'éthique locaux de la recherche agréés sont tenus d'établir et d'actualiser une déclaration d'intérêts, dans les conditions fixées à l'article L. 1451-1. Le fait pour eux soit d'omettre sciemment d'établir une telle déclaration ou de la modifier afin d'actualiser les données qui y figurent, soit de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de ladite déclaration est puni de 30 000 euros d'amende.~~

~~« Pour les infractions mentionnées au présent II, les personnes encourent également les peines complémentaires prévues à l'article L. 1454-4.~~

~~« III. — Les modalités d'application du présent article, notamment les règles de composition et de fonctionnement de la commission, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;~~

11° Au premier alinéa de l'article L. 1123-3, après le mot : « comités », sont insérés les mots : « de protection des personnes et des comités d'éthique locaux de la recherche » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

12° À l'article L. 1123-5, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « de protection des personnes ou d'un comité d'éthique local de la recherche » ;

13° L'article L. 1123-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « impliquant la personne humaine » sont remplacés par les mots : « mentionnée aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 » ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Avant de réaliser une recherche mentionnée au 3° de l'article L. 1121-1, le promoteur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis de l'un des comités d'éthique locaux de la recherche, selon des conditions fixées par arrêté. Il ne peut solliciter qu'un seul avis par projet de recherche. » ;

c) Au second alinéa du même I, après la première occurrence du mot : « comité », sont insérés les mots : « de protection des personnes » ;

d) Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'avis défavorable du comité d'éthique local de la recherche, le promoteur peut soumettre le projet, pour un second examen, au comité de recours mentionné à l'article L. 1123-1-2, qui se prononce conformément aux dispositions applicables aux comités d'éthique locaux de la recherche, notamment à l'article L. 1123-7. » ;

e) Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. — Par dérogation aux deux premiers alinéas du I, en cas de situation d'urgence ou de menace sanitaire grave nécessitant la mise en œuvre sans délai d'une recherche, le ministre chargé de la santé désigne le comité chargé d'en examiner le projet. » ;

14° L'article L. 1123-7 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

— au premier alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

— au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 du présent code » ;

b) Au premier alinéa du II, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « d'éthique local de la recherche » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

e) Le III est ainsi modifié :

— au troisième alinéa, après le mot : « comités », sont insérés les mots : « de protection des personnes » ;

— au quatrième alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

— à l'avant dernier alinéa, les mots : « du comité » sont remplacés par les mots : « de ce comité » ;

— au dernier alinéa, les mots : « de protection des personnes concerné » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

15° L'article L. 1123-7-1 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « un comité de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « l'un des comités mentionnés à l'article L. 1121-4 » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de protection des personnes rend » sont remplacés par les mots : « rend alors » ;

16° À l'article L. 1123-7-2, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « d'éthique local de la recherche » ;

17° L'article L. 1123-9 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « comité », sont insérés les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Pour les recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1, en cas d'avis défavorable du comité, le promoteur peut demander au ministre chargé de la santé de soumettre la demande de modification substantielle, pour un second examen, à un autre comité de protection des personnes, selon les modalités prévues à l'article L. 1123-14.

« Pour les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1, en cas d'avis défavorable du comité d'éthique local de la recherche, le promoteur peut demander au comité de recours mentionné à l'article L. 1123-1-2 un second examen de cette demande de modification substantielle. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

18° Au dernier alinéa de l'article L. 1123-11, les mots : « de protection des personnes compétent » sont remplacés par les mots : « compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

19° Au 1° de l'article L. 1126-5, les mots : « d'un comité de protection des personnes » sont remplacés par les mots : « du comité compétent mentionné à l'article L. 1121-4 » ;

20° Au premier alinéa de l'article L. 1451-1, la référence : « L. 1123-1 » est remplacée par les références : « L. 1121-4, L. 1123-3-2 » ;

21° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6111-1 est ainsi rédigé :

« Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à la recherche en santé ainsi qu'à l'accueil et à la prise en charge médicale. Ils peuvent à cette fin créer un comité d'éthique local de la recherche. »

III. — Le II du présent article, à l'exception du b du 1° et du 5°, entre en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, et au plus tard le 1^{er} juin 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 16 quater (nouveau)

Après l'article L. 320-12 du code de la sécurité intérieure, il est inséré un article L. 320-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 320-12-1. — Les messages publicitaires en faveur de jeux d'argent et de hasard sont soumis au versement d'une contribution dont le produit est affecté à la branche maladie de la sécurité sociale.

« Cette contribution est assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 5 % du montant de ces sommes.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents mentionnés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 5 % effectué par l'État sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de consultation des annonceurs sur les actions entreprises pour prévenir les pratiques

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 17

I. – A. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le 1^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 6 de la présente loi, est ainsi modifié :

1^o À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18,49 % » est remplacé par le taux : « 10,74 % » ;

2^o À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 24,33 % » est remplacé par le taux : « 31,64 % » ;

3^o À la fin du dernier alinéa, le taux : « 3,81 % » est remplacé par le taux : « 4,25 % ».

~~B. – À compter du 1^{er} janvier 2023, le 1^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du présent I, est ainsi modifié :~~

~~1^o À la fin du troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 17,19 % » ;~~

~~2^o À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 31,64 % » est remplacé par le taux : « 25,19 % ».~~

II. – À compter du 1^{er} janvier 2022, le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1^o Au 3^o de l'article L. 731-3, le taux : « 39,59 % » est remplacé par le taux : « 26,67 % » ;

2^o Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 13,81 % » est remplacé par le taux : « 26,73 % ».

.....

Article 19

Texte adopté par le Sénat en première lecture

excessives du jeu, sont déterminées par décret en Conseil d'État pris après avis de Santé publique France. »

Article 16 quinquies (nouveau)

L'article 575 du code général des impôts est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits du tabac à chauffer font l'objet du même droit de consommation que celui applicable aux cigarettes. »

**TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE
FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Article 17

I. – A. – *(Alinéa sans modification)*

1^o À la fin du troisième alinéa, le taux : « 18,49 % » est remplacé par le taux : « 17,19 % » ;

2^o À la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 24,33 % » est remplacé par le taux : « 25,19 % » ;

3^o *(Non modifié)*

B. – *(Supprimé)*

II. – *(Non modifié)*

.....

Article 19

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie 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 :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie....	209,9	229,6	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,6	14,1	1,4
Vieillesse..	253,1	256,6	-3,6
Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	548,4	569,5	-21,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse ...	547,2	569,8	-22,6

Article 20

Pour l'année 2022, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégorie 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	208,4	228,1	-19,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,0	12,7	1,3
Vieillesse..	145,3	147,8	-2,5

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie....	<u>211,0</u>	<u>230,1</u>	<u>-19,1</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,6	14,1	<u>1,5</u>
Vieillesse..	<u>253,6</u>	256,6	<u>-3,0</u>
Famille.....	<u>51,6</u>	49,7	<u>1,9</u>
Autonomie	<u>33,4</u>	<u>34,4</u>	<u>-1,1</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) .	<u>550,5</u>	<u>570,2</u>	<u>-19,7</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse ..	<u>549,2</u>	<u>570,6</u>	<u>-21,4</u>

Article 20

(Alinéa sans modification)

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	<u>209,5</u>	<u>228,6</u>	<u>-19,1</u>
Accidents du travail et maladies professionnelles	<u>14,1</u>	12,7	<u>1,4</u>
Vieillesse..	<u>145,9</u>	147,8	<u>-1,9</u>

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Famille	51,4	49,7	1,7
Autonomie	33,3	34,2	-0,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	438,2	458,2	-20,0
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse...	438,2	459,8	-21,6

.....

Article 23

~~Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2022 à 2025), 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 2022**

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24

I. – L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° La couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale relevant de la section 11 du chapitre II du présent titre. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Famille	<u>51,6</u>	49,7	<u>1,9</u>
Autonomie	<u>33,4</u>	<u>34,4</u>	<u>-1,1</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) ..	<u>440,3</u>	<u>459,0</u>	<u>-18,7</u>
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse...	<u>440,2</u>	<u>460,6</u>	<u>-20,4</u>

.....

Article 23

Supprimé

**QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR L'EXERCICE 2022**

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24

I. – (*Non modifié*)

« 8° (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I bis. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 8° ».

II. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 11 ainsi rédigée :

« Section 11

« Télésurveillance médicale

« Art. L. 162-48. – Pour l'application de la présente section, constituent des activités de télésurveillance médicale des interventions associant :

« 1° Une surveillance médicale ayant pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen des dispositifs médicaux numériques mentionnés au 2°, toutes les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient en vue de son utilisation, à la vérification et au filtrage des alertes ainsi que, le cas échéant, des activités complémentaires, notamment des activités d'accompagnement thérapeutiques ;

« 2° L'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, d'analyser et de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque certaines de ces données dépassent des seuils prédéfinis et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables ni invasifs et qu'ils sont sans visée thérapeutique.

« Constitue un dispositif médical numérique tout logiciel répondant à la définition du dispositif médical énoncée à l'article 2 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

« Ce dispositif médical numérique peut nécessiter l'usage d'un accessoire de collecte destiné par son fabricant à être utilisé avec ledit dispositif médical pour permettre une utilisation de ce dernier conforme à sa destination ou pour contribuer spécifiquement et directement à sa fonction médicale.

« Lorsque des dispositifs médicaux numériques présentent, d'une part, des fonctionnalités de

Texte adopté par le Sénat en première lecture

I bis. – (Alinéa sans modification)

II. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-48. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 2° L'utilisation de dispositifs médicaux numériques ayant pour fonction de collecter, d'analyser et de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d'émettre des alertes lorsque certaines de ces données dépassent des seuils prédéfinis et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés, lorsqu'ils ne sont ni implantables ni invasifs et qu'ils sont sans visée thérapeutique. Ces dispositifs médicaux numériques permettent d'exporter les données traitées dans des formats et dans une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données et comportent, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte de paramètres vitaux du patient.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

télesurveillance médicale au sens du présent article et, d'autre part, d'autres fonctionnalités, notamment thérapeutiques, ils ne relèvent de la présente section que pour leurs fonctionnalités de télesurveillance médicale. Ils sont soumis, le cas échéant, à la section I du chapitre V du présent titre en ce qui concerne leurs fonctionnalités thérapeutiques.

« Art. L. 162-49. – Les activités de télesurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 ne peuvent être prises en charge ou remboursées par l'assurance maladie que si :

« 1° Elles sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 ;

« 2° La surveillance médicale est assurée par un opérateur de télesurveillance médicale disposant du récépissé prévu à l'article L. 162-51 ;

« 3° Cet opérateur a mis à la disposition de l'assuré, soit directement en tant qu'exploitant, soit par l'intermédiaire d'un exploitant ou d'un distributeur au détail avec lequel il a conclu une convention dans des conditions précisées par voie réglementaire, le dispositif médical numérique au moyen duquel la surveillance médicale est exercée.

« L'article L. 165-1-1-1 est applicable à l'exploitant mentionné au 3° du présent article.

« Art. L. 162-50. – L'opérateur de télesurveillance médicale est un professionnel médical au sens du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique ou une personne morale regroupant ou employant un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical au sens du même livre Ier.

« Les professionnels mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent exercer des activités de télesurveillance médicale dans un cadre libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un établissement ou service médico-social.

« Art. L. 162-51. – Un opérateur de télesurveillance médicale souhaitant bénéficier de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie obligatoire de tout ou partie de ses activités de télesurveillance médicale doit préalablement déclarer ces activités à l'agence régionale de santé.

« La déclaration précise notamment les professionnels impliqués dans l'organisation et les dispositions prises pour assurer la continuité des soins. Un décret définit son contenu, en tenant compte, pour les activités que l'opérateur entend assurer, des référentiels mentionnés à l'article L. 162-52.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 162-49. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-50. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-51. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Le récépissé de cette déclaration, établi par le directeur général de l'agence régionale de santé, est remis ou transmis à l'opérateur et à l'organisme local d'assurance maladie. Il vaut éligibilité au remboursement des activités de télésurveillance médicale prévues à l'article L. 162-48 pour les indications mentionnées dans la déclaration de l'opérateur concerné.

« Lorsqu'il est constaté un manquement de l'opérateur réalisant des activités de télésurveillance médicale à l'obligation déclarative prévue au présent article ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation de telles activités, et après que le directeur général de l'agence régionale de santé l'a invité à se mettre en conformité, ce dernier met fin à la validité du récépissé et en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui suspend les remboursements des activités réalisées après la notification de cette décision.

« Art. L. 162-52. – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale mentionnées à l'article L. 162-48 est subordonné à leur inscription sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1. La liste précise les indications de l'activité de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou à ce remboursement.

« L'inscription, qui fait suite à une demande présentée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 3° de l'article L. 162-49, est effectuée par l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article, sous la forme d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé. Ce référentiel mentionne :

« 1° Les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale, notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins ;

« 2° La description d'une ligne générique du dispositif médical numérique concerné et, le cas échéant, des accessoires de collecte associés ou, à titre alternatif, le nom de marque ou le nom commercial de ces derniers ;

« L'inscription peut être subordonnée par l'arrêté mentionné au premier alinéa au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

« Cette inscription peut également être subordonnée par ce même arrêté au dépôt auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, par les exploitants des dispositifs, d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-52. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« L'inscription peut être subordonnée par l'arrêté mentionné au même premier alinéa au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

du code de la santé publique. La déclaration de conformité est établie par un organisme désigné par décret.

« Art. L. 162-53. – Lorsqu'elle examine les demandes d'inscription mentionnées à l'article L. 162-52, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 indique si elle reconnaît l'existence d'une amélioration de la prestation médicale par l'activité de télésurveillance médicale au regard des référentiels inscrits dans l'indication concernée, lorsqu'ils existent, ou, à défaut, au regard de la même prise en charge sans télésurveillance.

« En cas de reconnaissance d'une telle amélioration au regard d'un référentiel existant, ce dernier est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-52 au terme d'une période de dégressivité de la rémunération des activités réalisées en application dudit référentiel, dans des conditions définies par décret.

« Art. L. 162-54. – Le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale pris en charge ou remboursé par l'assurance maladie est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Il comprend une base forfaitaire, déterminée, dans des conditions fixées par voie réglementaire, en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques.

« Cette base forfaitaire est modulée en fonction, notamment :

« 1° De la fréquence du suivi réalisé par l'organisation de télésurveillance médicale pour une période donnée, au regard des exigences minimales définies par le référentiel mentionné à l'article L. 162-52 ;

« 2° De la complexité de la prise en charge ;

« 3° Du recours à des accessoires de collecte associés ;

« 4° Des volumes d'activité de télésurveillance médicale prévus ou constatés ;

« 5° Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés au titre de l'activité de télésurveillance médicale ;

« 6° Des conditions prévisibles et réelles de recours à l'activité de télésurveillance médicale concernée.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 162-53. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-54. – (Alinéa sans modification)

« Il comprend une base forfaitaire, déterminée, dans des conditions fixées par voie réglementaire, en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques. Cette base forfaitaire peut comprendre, le cas échéant, un forfait correspondant à la rémunération de l'opérateur de télésurveillance médicale et un forfait correspondant à la rémunération de l'exploitant ou du distributeur du dispositif médical numérique.

« Elle est modulée en fonction, notamment :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Le patient ne peut être redevable à un opérateur de télésurveillance médicale, au titre de la surveillance médicale, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.

« Art. L. 162-55 – Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer le prix maximal des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance médicale et des accessoires de collecte associés, dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.

« Ce prix comprend les marges prévues ainsi que les taxes en vigueur.

« Art. L. 162-56. – La prise en charge ou le remboursement des activités de télésurveillance médicale sont subordonnés à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné à l'article L. 162-52.

« Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre, avec l'accord du patient, les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent article au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

« Art. L. 162-57. – Les modalités d'application de la présente section, notamment les conditions de fixation des forfaits et des prix, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

III. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle ne peut tenir compte des fonctions de télésurveillance, lorsqu'elles existent. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-55 – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-56. – La prise en charge ou le remboursement des activités de télésurveillance médicale sont subordonnés à l'utilisation effective du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis dans le référentiel mentionné à l'article L. 162-52. En cas d'inutilisation répétée du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient, le niveau de prise en charge ou de remboursement peut être modulé et, le cas échéant, suspendu.

« Les opérateurs de télésurveillance peuvent transmettre, avec l'accord du patient, les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent article au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, l'activité de télésurveillance médicale ne peut faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement. Lorsque ce refus est opposé après l'ouverture de la prise en charge ou du remboursement, ces derniers sont suspendus et le patient en est informé sans délai par l'organisme local d'assurance maladie.

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 162-57. – *(Alinéa sans modification)*

III. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

IV. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après la référence : « L. 165-1 », sont insérés les mots : « ou un dispositif médical de télésurveillance ou un accessoire de collecte associé inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-52 » ;

2° La référence : « à l'article L. 165-3 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-55 ou L. 165-3 ».

V. – Le V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « pour une durée maximale de quatre ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 1^{er} août 2022 au plus tard » ;

2° Au onzième alinéa, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 165-1 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-52 et L. 165-1 » ;

3° Après le même onzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À l'échéance de l'expérimentation, les expérimentateurs engagés continuent à bénéficier de la prise en charge financière prévue au titre de l'expérimentation, sous réserve du dépôt auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé d'une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, au plus tard un mois après l'entrée en vigueur de l'article 24 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022. » ;

4° Le treizième alinéa est supprimé.

VI. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

L'expérimentation prévue à l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 prend fin un mois après cette date d'entrée en vigueur.

Les dispositifs médicaux de télésurveillance médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du

Texte adopté par le Sénat en première lecture

IV. – *(Non modifié)*

V. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

3° bis (nouveau) À la fin du douzième alinéa, la référence : « au même article L. 165-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale » ;

4° *(Non modifié)*

VI. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

code de la sécurité sociale sont radiés de cette liste au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article 25

I. – A. – L'article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Les tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations prennent effet à compter du 1^{er} mars de l'année en cours. »

B. – Le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées ~~aux 2° et 4°~~ de l'article L. 162-22 du même code » ;

1° bis Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » ;

2° À la fin du quatrième alinéa, les mots : « et prennent effet au 1^{er} janvier de l'année en cours » sont supprimés ;

3° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2022, à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 et, pour les années 2023, 2024 et 2025, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours. » ;

4° Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 25

I. – A. – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

A bis (nouveau). – Le V de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, les références : « aux 2° et 4° » sont remplacées par la référence : « au 2° » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2023. »

B. – *(Alinéa sans modification)*

1° Au premier alinéa, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et les tarifs servant de base au calcul de la participation du patient des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code » ;

1° bis *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

4° *(Non modifié)*

C (nouveau). – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – A. – L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. »

B. – *(Supprimé)*

III. – A. – Au 2° du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° ».

B. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 et au premier alinéa du I de l'article L. 6145-4 du code de la santé publique, la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° ».

C. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le B est abrogé ;

2° Le C est ainsi modifié :

a) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « dans les conditions prévues au B du présent III » sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;

3° Le E est ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° À la première phrase, les références : « aux 2° et 4° » sont remplacées par la référence : « au 2° » :

2° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Jusqu'au 31 décembre 2022, par dérogation à l'article L. 162-20-1 dudit code, les tarifs applicables en 2020 et 2021 dans chaque établissement de santé restent en vigueur et servent de base au calcul de la participation du patient, en ce qui concerne les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. »

II. – *(Non modifié)*

III. – A. – *(Non modifié)*

B. – *(Non modifié)*

C. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

3° Le E est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« E. — 1. Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022, par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-11, L. 174-2 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale ainsi qu'aux C et F du présent III, les forfaits, les dotations et les montants arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé ou, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du même code et par le service de santé des armées, ne sont pas versés par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 dudit code.~~

~~« 2. Pour la même période, les activités mentionnées au 1 du présent E sont financées par des dotations provisionnelles calculées à partir des recettes perçues en 2021, hors recettes exceptionnelles.~~

~~« Le montant définitivement alloué à chaque établissement est régularisé au plus tard le 31 mai 2023, dans la limite de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale fixé pour l'année 2022, lorsque celui-ci est inférieur à la somme des montants arrêtés par les directeurs généraux des agences régionales de santé et, pour le service de santé des armées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au titre des financements mentionnés à l'article L. 162-23-2 du même code. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent alinéa. » ;~~

4° Sont ajoutés des I et J ainsi rédigés :

« I. — Par dérogation au I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, pour l'année 2022, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1^o du même I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

a) Au premier alinéa du 2^o et au 6^o, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

b) À la fin des a et b du 3^o, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

3^{o bis (nouveau)} Au premier alinéa du F, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » et l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

3^{o ter (nouveau)} Au H, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

4° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« J. – Par dérogation à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale et à titre transitoire pour l'année 2022, pour chaque spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code, tant que le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements n'ont pas été fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier et qu'ils n'ont pas été publiés par ce dernier :

« 1° Lorsque la spécialité est inscrite sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et que, pour la ou les indications de cette spécialité, un prix ou un tarif a été fixé en application des articles L. 162-16-4-3, L. 162-16-5, L. 162-16-5-4 ou L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements au titre de l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 dudit code sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au niveau du prix ou du tarif susmentionnés ;

« 2° Dans le cas contraire, la spécialité est facturée à l'assurance maladie et est prise en charge au titre de son inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6 du même code sur la base de son prix d'achat par l'établissement de santé. »

IV – A. – À la deuxième phrase du I de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « cette activité », sont insérés les mots : « , selon la catégorie d'établissements mentionnée à l'article L. 162-22-6 à laquelle il appartient ».

B. – Le VII de l'article 51 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Les mots : « de l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « des années 2021 et 2022 » ;

2° Les mots : « pour l'année 2021 » sont remplacés par les mots : « pour les années 2021 et 2022 ».

V. – Le III de l'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

IV – (*Non modifié*)

V. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« III. – Pour les établissements mentionnés au I du présent article, la facturation est établie selon les règles prévues à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale de la façon suivante :

« 1° À compter du 1^{er} mars 2022 pour les établissements se déclarant volontaires ;

« 2° À compter du 1^{er} mars 2024 pour les autres établissements, lorsqu'ils remplissent des critères fixés par voie réglementaire relatifs à leurs activités, à leur organisation et à leur capacité.

« La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2027.

« Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret. »

VI. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 précitée est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

2° À la fin du troisième alinéa du même I, les mots : « l'année précédente au sein de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « au cours d'une année de référence arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les modalités de modification de cette année de référence sont fixées par arrêté des mêmes ministres. » ;

3° À la fin du premier alinéa du II, la date : « 31 décembre 2021 » est remplacée par la date : « 31 mars 2022 ».

.....

Article 27

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1151-1 est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou hôpitaux des armées » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

VI. – *(Non modifié)*

.....

Article 27

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) La seconde phrase est ainsi modifiée :

– après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , conjointement avec le ministre de la défense en ce qui concerne les hôpitaux des armées, » ;

– après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « ou hôpitaux » ;

– à la fin, les mots : « cette liste » sont remplacés par les mots : « la liste de ces établissements » ;

2° Le I de l'article L. 6147-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 6111-1-6 est applicable aux hôpitaux des armées. »

II. – Le I de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un hôpital des armées peut, par un arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris ~~sur~~ avis conforme du même comité, être autorisé à pratiquer ces mêmes activités. » ;

1° bis Au deuxième alinéa, les mots : « cette autorisation » sont remplacés par les mots : « ces autorisations » ;

2° Au troisième alinéa, après le mot : « manquement », sont insérés les mots : « d'un établissement de santé ».

Article 28

I. — Le deuxième alinéa du I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – (*Alinéa sans modification*)

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un hôpital des armées peut, par un arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis conforme du même comité, être autorisé à pratiquer ces mêmes activités. » ;

1° bis (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

Article 27 bis (nouveau)

À la première phrase du I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « soins », sont insérés les mots : « et à la lutte contre les erreurs médicamenteuses ».

Article 27 ter (nouveau)

Le III de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les indicateurs relatifs au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile sont publiés avant le 30 juin 2022. »

Article 28

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Les mots : « du troisième alinéa du II » sont supprimés ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. » ;

II. — Le III de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La référence : « du II » est supprimée ;

b) Les mots : « ou qui s'en saisit d'office » sont remplacés par les mots : « , qui s'en saisit d'office ou qui a été saisi aux fins de prolongation de la mesure » ;

2° L'avant dernier alinéa est supprimé ;

3° À la deuxième phrase du cinquième alinéa, après le mot : « hypothèse, », sont insérés les mots : « la procédure est orale et » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le juge des libertés et de la détention statue dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

III. — À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique, la référence : « ou L. 3211-12-1 » est remplacée les références : « , L. 3211-12-1 ou L. 3222-5-1 ».

IV. — L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures, et fait l'objet de deux évaluations par vingt-quatre heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« II. — À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Ce dernier peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

« Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées.

« Le juge des libertés et de la détention statue dans les vingt quatre heures qui suivent l'expiration des durées prévues au deuxième alinéa du présent II.

« Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

« Si les conditions prévues au I sont toujours réunies, le juge des libertés et de la détention autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues au même I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins vingt quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins vingt quatre heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge des libertés et de la détention.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent II, lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de quarante-huit heures après qu'une précédente mesure d'isolement ou de contention a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent.

« Les mêmes deux premiers alinéas s'appliquent également lorsque le médecin prend plusieurs mesures dont la durée cumulée sur une période de quinze jours atteint les durées prévues auxdits alinéas.

« Les mesures d'isolement et de contention peuvent également faire l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en application du IV de l'article L. 3211-12 1.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent II. »

V. — Le I de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 3211-12 2, » est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 3211-12, L. 3211-12 2 et L. 3211-12 4 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022, sous réserve des adaptations prévues au II du présent article. »

VI. — Au second alinéa du I de l'article L. 3844-2 du code de la santé publique, les mots : « version résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « rédaction résultant de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2022 ».

VII. — Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

CHAPITRE II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29

L'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

CHAPITRE II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29

I. — L'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est ainsi modifié :

1° (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » et les mots : « , à compter du 1^{er} septembre 2020, » sont supprimés ;

b) À la fin du 1^o, les mots : « , à l'exception des structures créées en application de l'article L. 6111-3 du même code » sont supprimés ;

c) Au 3^o, les mots : « , y compris rattachés aux établissements publics de santé, » sont supprimés ;

d) Après le 5^o, sont insérés dix-sept alinéas ainsi rédigés :

« 6^o Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles rattachés à un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du code de la santé publique ;

« 7^o Des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

« 8^o Des groupements d'intérêt public mentionnés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique satisfaisant aux critères suivants :

« a) Le groupement exerce, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge des patients ou des résidents ;

« b) L'un au moins des établissements membres du groupement d'intérêt public est soit un établissement public de santé mentionné à l'article L. 6111-3 du même code, soit un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;

« c) L'activité principale du groupement bénéficie majoritairement à un établissement public de santé ou à un établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

« 9^o Des groupements de coopération sociale ou médico-sociale mentionnés au 3^o de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles comprenant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au 3^o de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

b bis) (nouveau) Au 2^o, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » ;

c) (*Non modifié*)

d) (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 10° Des établissements à caractère expérimental mentionnés au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui accueillent des personnes âgées et qui relèvent de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code.

« B. – Le complément de traitement indiciaire est également versé, dans des conditions fixées par décret, aux fonctionnaires et militaires exerçant les fonctions d'aide-soignant, d'infirmier, de cadre de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste, d'orthoptiste, d'ergothérapeute, d'audioprothésiste, de psychomotricien, de sage-femme, d'auxiliaire de puériculture, de diététicien, d'aide médico-psychologique, d'auxiliaire de vie sociale ou d'accompagnant éducatif et social au sein :

« 1° Des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du même I et relevant de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code ;

« 3° Des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 dudit code.

« C. – Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est versée, dans des conditions fixées par décret, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État :

« 1° Exerçant leurs fonctions au sein des structures mentionnées au A du présent I ;

« 2° Exerçant au sein des structures mentionnées au B du présent I et occupant des fonctions analogues à celles mentionnées au même B.

« D. – Par dérogation aux A et B du présent I, un complément de traitement indiciaire est versé aux agents relevant de la fonction publique hospitalière lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social.

« Le complément de traitement indiciaire ou l'indemnité équivalente versé au titre des mêmes A et B aux militaires, aux fonctionnaires de l'État, aux agents contractuels de droit public et aux ouvriers des établissements industriels de l'État est maintenu lorsqu'ils suivent des études favorisant la promotion professionnelle et

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« 2° Des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du même I ainsi que des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés au 12° dudit I et relevant de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code ;

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social. » ;

e) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

f) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « E. – » ;

2° Au premier alinéa du II, les mots : « à compter du 1^{er} septembre 2020 » sont supprimés ;

3° (*Supprimé*)

4° Après le III, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – Les I à III s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2020, sauf pour :

« 1° Les personnels exerçant dans les structures mentionnées aux 6° à 10° du A du I, pour lesquels les I à III s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2021 ;

« 2° Les personnels exerçant dans les structures mentionnées au B du I, pour lesquels les I à III s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} octobre 2021 ;

« 3° Les personnels mentionnés au D du I, pour lesquels les I à III s'appliquent aux rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2021.

« Les dispositions du C du I s'appliquent à compter des dates d'entrée en vigueur des dispositions auxquelles elles font chacune référence. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

e) (*Non modifié*)

f) (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

II (*nouveau*). – Un comité réunissant des représentants de l'État, des collectivités territoriales, des organismes gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des organisations syndicales et patronales, placé auprès du ministre chargé des solidarités et de la santé, élabore et propose des modalités de revalorisations salariales équitables dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Il en informe régulièrement l'Assemblée nationale et le Sénat. Sa composition et les modalités d'exercice de ses missions sont précisées par décret.

Article 29 bis (*nouveau*)

I. – Les personnels agents publics des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés aux 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et ne relevant pas de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code bénéficient du complément du traitement indiciaire dans les conditions équivalentes à celles prévues au B du I de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 30

I. – A. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 313-1-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1-3. – Les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile.

« Les services autonomie à domicile concourent à préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et à favoriser leur maintien à domicile.

« À cette fin, ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et proposent une réponse aux éventuels besoins de soins des personnes accompagnées :

« 1° Soit en assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile. Ils perçoivent, à ce titre, les dotations définies au II de l'article L. 314-2-1 ;

« 2° Soit en organisant une réponse aux besoins de soins avec d'autres services ou professionnels assurant une activité de soins à domicile, le cas échéant par le biais de conventions.

« Un décret fixe le cahier des charges national que ~~doivent respecter~~ ces services. » ;

2° La section 1 du chapitre IV est complétée par des articles L. 314-2-1 et L. 314-2-2 ainsi rédigés :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

II. – Le coût des revalorisations prévues au I ainsi que celles résultant de mesures salariales équivalentes au complément de traitement indiciaire par accords ou conventions collectives entrant en vigueur dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur privé accueillant des personnes en situation de handicap mentionnés aux 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et ne relevant pas de l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 314-3 du même code fait l'objet d'un financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie auprès des départements. Les modalités de détermination de ces financements sont précisées par décret.

III. – Le présent article entre en vigueur à compter du 1^{er} novembre 2021.

Article 30

I. – A. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Alinéa sans modification)*

« Art. L. 313-1-3. – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Un décret fixe le cahier des charges national que respectent ces services. » ;

2° *(Alinéa sans modification)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Art. L. 314-2-1. – Les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 sont financés selon les modalités suivantes.

« I. – Au titre de l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile :

« 1° Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs horaires définis par le président du conseil départemental en application du II de l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale ;

« 2° Pour les services mentionnés à l'article L. 347-1, le montant de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-1 ou de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1, destinées à couvrir tout ou partie du prix facturé par le service, ne peut être inférieur au montant résultant de l'application du montant minimal mentionné au 1° du présent I ;

« 3° Pour les services mentionnés aux 1° et 2° du présent I, sous réserve d'avoir conclu avec le président du conseil départemental le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11-1 comportant les mentions prévues au 13° du même article L. 313-11-1, une dotation finance des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager.

« II. – Au titre de l'activité de soins mentionnée au 1° de l'article L. 313-1-3, le directeur général de l'agence régionale de santé verse chaque année :

« 1° Une dotation globale relative aux soins, dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées ;

« 2° Une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.

« Art. L. 314-2-2. – La dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 finance des actions permettant :

« 1° D'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;

« 2° D'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;

« 3° De contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 314-2-1. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 1° Pour les services habilités sur le fondement de l'article L. 313-6 à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs horaires définis par le président du conseil départemental en application du II de l'article L. 314-1 ne peuvent être inférieurs à un montant fixé tous les trois ans par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale ;

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 314-2-2. – (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 4° D'apporter une aide aux aidants des personnes accompagnées ;

« 5° D'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ;

« 6° De lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

« Pour l'attribution de la dotation, le président du conseil départemental organise un appel à candidatures. La dotation est versée aux services retenus au terme de cet appel à candidatures, dans le cadre du contrat mentionné à l'article L. 313-11-1.

« L'appel à candidatures ne peut prévoir de critères d'éligibilité sans rapport avec les objectifs mentionnés au huitième alinéa du présent article, qui seraient notamment liés au statut juridique du service, à un volume minimal d'activité ou à une part minimale d'heures effectuées auprès de bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 ou L. 245-1. Le service dont la candidature n'est pas retenue peut demander au président du conseil départemental de motiver sa décision.

« Chaque département transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données, précisées par décret, permettant de suivre l'utilisation des montants versés au titre du concours prévu au *f* du 3° de l'article L. 14-10-5.

« Un décret précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données ainsi que les modalités de contrôle et de recouvrement des indus du concours mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article, lorsque le contrôle fait apparaître que tout ou partie des montants versés au titre de ce concours n'a pas été utilisé ou l'a été à d'autres finalités que celles énoncées au premier alinéa. »

B. – Le 3° de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par des *e* et *f* ainsi rédigés :

« *e*) Du surcroît des coûts mentionnés aux *a* et *b* du présent 3° résultant pour chaque département, le cas échéant, de l'application du tarif horaire minimal prévu au I de l'article L. 314-2-1. Les modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'État, en tenant compte des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité des services réalisant une activité d'aide et d'accompagnement à domicile à la date d'effet de la première application du tarif minimal et de chacune de ses revalorisations ;

« *f*) Du surcroît des coûts mentionnés aux *a* et *b* du présent 3° résultant, pour les départements qui la versent, de la dotation prévue au 3° du I de l'article L. 314-2-1. Les

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« L'appel à candidatures ne peut prévoir de critères d'éligibilité sans rapport avec les objectifs mentionnés au huitième alinéa du présent article, qui seraient notamment liés au statut juridique du service, à un volume minimal d'activité ou à une part minimale d'heures effectuées auprès de bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 ou L. 245-1. Le service dont la candidature n'est pas retenue peut demander au président du conseil départemental de motiver sa décision. Ce dernier dispose d'un mois pour répondre.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

B. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

modalités de détermination de ce montant sont précisées par décret en Conseil d'État ; ».

C. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au *d* du 3° de l'article L. 14-10-5, les références : « aux 1°, 2°, 4°, 5° et 6° de » sont remplacées par le mot : « à » ;

2° L'article L. 233-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

b) Le 4° est abrogé ;

c) Les 5° et 6° deviennent, respectivement, les 4° et 5° ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1-2, le mot : « intervenir » est remplacé par les mots : « exercer l'activité d'aide et d'accompagnement » et les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

4° Au dernier alinéa de l'article L. 313-8-1, les mots : « les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « l'activité d'aide et d'accompagnement dispensée par les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » ;

5° L'article L. 313-11-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 1° » ;

b) Au 6°, les mots : « aux deux derniers alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » ;

c) Après le 11°, sont insérés des 12° et 13° ainsi rédigés :

« 12° Lorsqu'ils bénéficient du financement mentionné au 2° du I de l'article L. 314-2-1, les modalités d'organisation de nature à assurer la coordination et la continuité des interventions d'aide, d'accompagnement et de soins sur le territoire d'intervention du service auprès de la personne accompagnée ;

« 13° Lorsqu'ils bénéficient de la dotation mentionnée au 3° du même I, les actions conduites afin d'améliorer la qualité de prise en charge ainsi que, lorsqu'ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide

Texte adopté par le Sénat en première lecture

C. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

5° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

c) (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« 13° Lorsqu'ils bénéficient de la dotation mentionnée au 3° du même I, les actions conduites afin d'améliorer la qualité de prise en charge ainsi que, lorsqu'ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les modalités de limitation du reste à charge des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

sociale, les modalités de limitation du reste à charge des personnes accompagnées par le service. » ;

6° Le quatrième alinéa du III de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins » sont remplacés par le mot : « autonomie » ;

7° À l'intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile » ;

8° L'article L. 347-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 » sont remplacés par les mots : « autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 » et, après les mots : « prestations de service », sont insérés les mots : « d'aide et d'accompagnement » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les services peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur à celui mentionné au deuxième alinéa lorsque le prix résultant de l'application de ce dernier taux demeure inférieur au tarif horaire arrêté par le département en application des articles L. 232-3 et L. 245-6. »

D. – L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est abrogé.

II. – A. – Le I entre en vigueur à la date de publication du décret définissant le cahier des charges des services autonomie à domicile pris en application de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du I du présent article, et au plus tard le 30 juin 2023, dans les conditions et sous les réserves définies aux B à D du présent II.

B. – Les services mentionnés au présent B qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d'une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles sont réputés autorisés en qualité de service autonomie à domicile, au sens de l'article L. 313-1-3 du même code, pour la durée de l'autorisation restant à courir. À compter de la date mentionnée au A du présent II, ils disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec les

Texte adopté par le Sénat en première lecture

personnes accompagnées par le service. Les modalités de limitation du reste à charge ne peuvent avoir pour conséquence de diminuer le prix facturé au bénéficiaire par le service ou de ne pas pouvoir appliquer le pourcentage prévu au deuxième alinéa de l'article L. 347-1. » ;

6° (*Non modifié*)

7° (*Non modifié*)

8° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Alinéa sans modification*)

« Les services peuvent appliquer un pourcentage d'évolution annuelle des prix supérieur à celui mentionné au deuxième alinéa du présent article lorsque le prix résultant de l'application de ce dernier taux demeure inférieur au tarif horaire arrêté par le département en application des articles L. 232-3 et L. 245-6. »

D. – (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

dispositions du cahier des charges mentionné au même A. Pendant cette période, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée audit A.

Le présent B est applicable :

1° Aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des mêmes 6° et 7° ;

3° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile constitués, à la date de publication de la présente loi, en application du *b* de l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sous la forme d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou par une convention de coopération, prévus à l'article L. 312-7 du même code.

Les autorisations arrivant à échéance dans un délai de six mois à compter de la date mentionnée au A du présent II sont prorogées pour une durée de trois mois.

C. – Les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui, à la date mentionnée au A du présent II, disposent d'une autorisation délivrée dans les conditions prévues à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles déposent, dans un délai de deux ans, une demande en vue de leur autorisation en qualité de service autonomie à domicile au titre du 1° de l'article L. 313-1-3 du même code, dans sa rédaction résultant du I du présent article. Pendant cette période, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables à la date mentionnée au A du présent II, sous réserve du D du présent II.

Les autorisations délivrées en application du présent C sont dispensées de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1 du même code.

C bis. – Pour bénéficier de la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, les services ayant déjà conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1 du même code concluent un avenant comportant les éléments prévus au 13° du même article L. 313-11-1, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Le cas échéant, les services bénéficient de la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles à compter de la date à laquelle les crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 cessent d'être versés en application du

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévoyant le versement de ces crédits.

D. – Dans l'attente de leur constitution en services autonomie à domicile, sont rendues applicables, jusqu'à la date mentionnée au A du présent II :

1° Aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles :

a) À compter du 1^{er} janvier 2022 : les règles relatives au tarif minimal définies aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du même code ainsi que la compensation financière correspondante définie au e de l'article L. 14-10-5 dudit code ;

b) À compter du 1^{er} septembre 2022 : les règles relatives à la dotation mentionnée au 3° du I de l'article L. 314-2-1 du même code ainsi que la compensation financière correspondante définie au f de l'article L. 14-10-5 du même code ;

2° Aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés aux 2° et 3° du B du présent II :

a) À compter du 1^{er} janvier 2022 :

– les règles relatives au tarif minimal définies aux 1° et 2° du I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que la compensation financière correspondante définie au e du 3° de l'article L. 14-10-5 du même code ;

– la dotation mentionnée au 2° du II de l'article L. 314-2-1 dudit code ;

a bis) À compter du 1^{er} septembre 2022 : les règles relatives à la dotation mentionnée au 3° du I du même article L. 314-2-1 ainsi que la compensation financière correspondante définie au f de l'article L. 14-10-5 du même code ;

b) À compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1° du II de l'article L. 314-2-1 du même code ;

3° Aux services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du même code, à compter du 1^{er} janvier 2023 : la dotation globale mentionnée au 1° du II de l'article L. 314-2-1 du même code.

III. – Avant le 1^{er} janvier 2024, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce rapport évalue notamment l'impact de la mise en place du tarif socle, d'une part, sur le financement des

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

services et, d'autre part, sur les procédures de tarification des différents opérateurs. Il évalue également son impact sur les modes d'intervention de l'aide à domicile liés au secteur des particuliers employeurs, en vue de se prononcer sur l'opportunité de l'appliquer, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, à l'emploi d'un salarié à domicile, en emploi direct ou via une structure mandataire.

Article 30 bis

~~I. — À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser la mise en place et le financement, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, d'une carte professionnelle pour les intervenants et intervenantes de l'aide à domicile.~~

~~II. — Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par voie réglementaire au plus tard le 1^{er} juin 2022. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de cinq départements.~~

~~III. — Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.~~

Article 31

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III est complétée par un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 30 bis A (nouveau)

Le troisième alinéa du I de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est supprimé.

Article 30 bis B (nouveau)

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 des soins infirmiers et la collaboration entre les infirmiers libéraux et les structures telles que les services de soins infirmiers à domicile dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

Article 30 bis

Supprimé

Article 31

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Art. L. 313-12-3. – Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire et en garantissant l'équité territoriale entre les départements, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire chargés du parcours gériatrique des personnes âgées, ~~en présentiel ou selon des modalités de télésanté~~, des actions visant à :

« 1° Appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées, notamment afin de les soutenir dans l'exercice de leurs missions, d'organiser des formations, de mettre les ressources humaines et les plateaux techniques de l'établissement à leur disposition ou de mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant dans l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible ;

« 2° Accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants, afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. À ce titre, ils peuvent proposer une offre d'accompagnement renforcé au domicile, incluant des dispositifs de télésanté.

« Lorsqu'ils ont une mission de centre de ressources territorial, les établissements reçoivent les financements complémentaires mentionnés à l'article L. 314-2. » ;

2° À la deuxième phrase du 1° du I de l'article L. 314-2, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « ou à la mission de centre de ressources territorial mentionnée à l'article L. 313-12-3 ».

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 313-12-3. – Les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 peuvent assurer, dans des conditions fixées par voie réglementaire et en garantissant l'équité territoriale entre les départements, une mission de centre de ressources territorial. Ils proposent dans ce cadre, en lien avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social du territoire chargés du parcours gériatrique des personnes âgées, des actions visant à :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

2° *(Non modifié)*

Article 31 bis A (nouveau)

La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 313-12-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-4. – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposant d'un pôle d'activité de soins adaptés peuvent accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. »

.....

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 32 bis

Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du 2° de l'article L. 14-10-1 est ainsi rédigée : « Elle assure, à destination des départements, des maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 et des maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4, un rôle d'accompagnement, de conseil, ~~d'audit et d'évaluation~~, en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ; »

2° L'article L. 14-10-8 est ainsi rétabli :

« Art. L. 14-10-8. – ~~Au titre~~ des missions définies à l'article L.14-10-1, les départements et les maisons départementales des personnes handicapées communiquent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de leurs travaux ~~et autorisent la tenue de missions sur place~~.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

.....

Article 32 quater

I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La troisième phrase est supprimée ;

b) À la dernière phrase, après le mot : « publication », sont insérés les mots : « , dans un format clair et accessible aux usagers et à leurs familles, » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont accrédités par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ou par tout organisme européen équivalent signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation, dans des conditions prévues par décret.

« La Haute Autorité de santé définit le cahier des charges portant les exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, ~~auquel~~ sont soumis les

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 32 bis

(Alinéa sans modification)

1° La dernière phrase du 2° de l'article L. 14-10-1 est ainsi rédigée : « Elle assure, à destination des départements, des maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 et des maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4, un rôle d'accompagnement ~~et~~ de conseil, en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie ; »

(Alinéa sans modification)

« Art. L. 14-10-8. – Pour l'exercice des missions définies à l'article L.14-10-1, les départements et les maisons départementales des personnes handicapées communiquent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de leurs travaux.

(Alinéa sans modification)

.....

Article 32 quater

I. – (Alinéa sans modification)

1° (Non modifié)

2° (Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« La Haute Autorité de santé définit le cahier des charges portant les exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

organismes chargés des évaluations. L'instance précitée vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

« La Haute Autorité de santé peut informer l'instance nationale d'accréditation ou tout organisme européen mentionné au premier alinéa du présent article des manquements au cahier des charges mentionné au deuxième alinéa dont elle a connaissance. L'instance nationale d'accréditation lui fait part des mesures mises en œuvre à la suite de cette information. » ;

3° Le deuxième alinéa est supprimé ;

4° À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé » sont remplacés par les mots : « de l'accréditation mentionnée au même premier alinéa » ;

5° À la fin du dernier alinéa, les mots : « , les référentiels et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles au regard desquelles la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée » sont remplacés par les mots : « et le référentiel au regard desquels la qualité des prestations délivrées par les établissements et services est évaluée, ainsi que d'élaborer ou de valider les recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement des publics énumérés au I de l'article L. 312-1 du présent code ».

II. – Le II de l'article 75 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2022 » ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

2° Le second alinéa est supprimé.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

organismes chargés des évaluations. L'instance nationale d'accréditation vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

« La Haute Autorité de santé peut informer l'instance nationale d'accréditation ou tout organisme européen mentionné au deuxième alinéa du présent article des manquements au cahier des charges mentionné au troisième alinéa dont elle a connaissance. L'instance nationale d'accréditation lui fait part des mesures mises en œuvre à la suite de cette information. » ;

(Alinéa sans modification)

4° À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « du cahier des charges mentionné au même premier alinéa et de leur habilitation par la Haute Autorité de santé » sont remplacés par les mots : « de l'accréditation mentionnée au deuxième alinéa » ;

(Alinéa sans modification)

I bis (nouveau). – Le VI de l'article L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« VI. – Le cinquième alinéa de l'article L. 312-8 est supprimé. »

I ter (nouveau). – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

II. – *(Supprimé)*

II bis (nouveau). – Les autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui n'ont pas communiqué les résultats des évaluations prévues à l'article L. 312-8 du même code entre le 12 mars 2020 et le 31 décembre 2022 en vue du

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la compensation des surcoûts supportés par les établissements et services médico-sociaux, induits par l'obligation d'accréditation des organismes prévue au deuxième alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Article 32 quinquies

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

1° Le 2° de l'article L. 160-14 est ainsi rédigé :

« 2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil ou d'une aide technique à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition ou de mise à disposition de l'appareil ou de l'aide technique ; »

2° Le 1° de l'article L. 161-37 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, après les deux occurrences du mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne » ;

b) À la deuxième phrase, après le mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne, » ;

c) À la troisième phrase, après le mot : « produits », sont insérés les mots : « , dont les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne, » ;

3° Après le troisième alinéa de l'article L. 161-41, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'aménagements spécifiques, par décret en Conseil d'État, dans le cas de l'évaluation des aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne prévue au 1° de l'article L. 161-37. » ;

4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-1, après la référence : « L. 162-17 », sont insérés les mots : « , incluant certaines catégories d'aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne et dont la fonction n'est pas l'aménagement du logement de l'utilisateur, ».

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

renouvellement de leur autorisation sont prorogées jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

III. – *(Non modifié)*

Article 32 quinquies

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Non modifié)*

3° *(Alinéa sans modification)*

« La composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 font l'objet d'aménagements spécifiques, par décret en Conseil d'État, dans le cas de l'évaluation des aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne prévue au 1° de l'article L. 161-37. » ;

4° *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 32 *sexies*

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

1° ~~Le premier alinéa des articles L. 168-9 et L. 544-6 est ainsi modifié :~~

~~a) La première phrase est complétée par les mots : « et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail, rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires » ;~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 32 *sexies* A (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le sixième alinéa de l'article L. 165-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le référencement sélectif prévu aux cinquième et sixième alinéas du présent article ne peut conduire à priver les personnes bénéficiaires de dispositifs médicaux d'aide à la mobilité d'exercer leur libre choix de matériel. » ;

2° Après le deuxième alinéa du III de l'article L. 165-1-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'information reçue en application du premier alinéa du I ne prive pas les personnes bénéficiaires de dispositifs médicaux d'aide à la mobilité de leur libre choix de matériel. Ce libre-choix ne doit pas conduire à une augmentation du champ de la prise en charge par l'assurance maladie au-delà de ce qui est prévu au présent article et à l'article L. 165-1. »

Article 32 *sexies*

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° L'article L. 168-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est complétée par les mots : « et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires » ;

– sont ajoutées trois phrases ainsi rédigées : « Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ne peut excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail ne peut excéder le montant des revenus de remplacement perçus en application du même article L. 5421-1. Un décret définit la période de référence à prendre en compte pour l'appréciation de ces revenus. » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~b) La seconde phrase est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées au 1^o et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 du présent code et à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ne peut excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. La deuxième phrase du présent alinéa est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail, au titre des revenus de remplacement perçus en application du même article L. 5421-1. Un décret définit la période de référence à prendre en compte pour l'appréciation de ces revenus. » ;~~

~~2^o Au début du deuxième alinéa de l'article L. 168-9 et du second alinéa de l'article L. 544-6, les mots : « Ces montants peuvent être modulés » sont remplacés par les mots : « Ce montant peut être modulé » ;~~

3^o Le premier alinéa de l'article L. 544-8 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 611-1 », est insérée la référence : « et à l'article L. 661-1 » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Ces montants peuvent être modulés » sont remplacés par les mots : « Ce montant peut être modulé » ;

c) (nouveau) À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « code du travail » sont remplacés par les mots : « même code » ;

2^o L'article L. 544-6 est ainsi modifié :

a) (nouveau) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– la première phrase est complétée par les mots : « et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires » ;

– sont ajoutées trois phrases ainsi rédigées : « Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées au 1^o et au dernier alinéa de l'article L. 611-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime qui cessent leur activité ne peut excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. Le montant de l'allocation journalière versée aux personnes mentionnées à l'article L. 5421-1 du code du travail ne peut excéder le montant des revenus de remplacement perçus en application du même article L. 5421-1. Un décret définit la période de référence à prendre en compte pour l'appréciation de ces revenus. » ;

b) (nouveau) Au début du second alinéa, les mots : « Ces montants peuvent être modulés » sont remplacés par les mots : « Ce montant peut être modulé » ;

c) (nouveau) À la fin du même second alinéa, les mots : « code du travail » sont remplacés par les mots : « même code » ;

3^o (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

b) La référence : « à l'article L. 722-9 » est remplacée par les références : « aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 ».

II. – La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° À la fin du premier alinéa de l'article L. 3142-16, les mots : « d'une particulière gravité » sont supprimés ;

2° À l'article L. 3142-24, les mots : « de la particulière gravité » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 3142-25-1, les mots : « d'une particulière gravité » sont supprimés.

III. – À la fin de la première phrase du 9° bis de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, ~~du 10° bis de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du 9° bis de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière~~, les mots : « d'une particulière gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – (*Non modifié*)

III. – À la fin de la première phrase du 9° bis de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, les mots : « d'une particulière gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code ».

III bis (nouveau). – Le deuxième alinéa de l'article 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, de l'article 60 sexies de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et du 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° La première phrase est complétée par les mots : « , dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés à l'article L. 1225-62 du code du travail » ;

2° Les deuxième et troisième phrases sont supprimées.

III ter (nouveau). – À la fin de la première phrase du 10° bis de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, les mots : « d'une particulière gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code ».

III quater (nouveau). – À la fin de la première phrase du 9° bis de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « d'une particulière

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

IV. – Le présent article entre en vigueur à des dates fixées par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, à l'exception du ~~dernier alinéa~~ du *a* du 1^o et du ~~dernier alinéa~~ du *a* du 2^o du I qui entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2024.

.....

Article 32 octies

~~Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 mars 2022, un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de la sécurité sociale, notamment de l'article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Ce rapport propose en outre des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie dans les départements, articulant l'action de tous les acteurs, afin de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Ce service territorial de l'autonomie vise à garantir la continuité de leur parcours dans le respect de la volonté de la personne.~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

gravité » sont remplacés par les mots : « définis par le décret pris en application de l'article L. 3142-24 du même code ».

III quinquies (nouveau). – Le deuxième alinéa de l'article L. 4138-7 du code de la défense est ainsi modifié :

1° La première phrase est complétée par les mots : « , dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés à l'article L. 1225-62 du code du travail » ;

2° La deuxième phrase est supprimée.

IV. – (*Non modifié*)

.....

Article 32 octies

I. – (*Supprimé*)

II. – Le Gouvernement organise tous les deux ans, à compter du 1er janvier 2022, une conférence nationale des générations et de l'autonomie à laquelle il convie notamment les représentants des départements, des organismes de sécurité sociale, les représentants des organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, les associations représentatives des personnes âgées et des personnes handicapées, les organisations syndicales et patronales représentatives et les organismes et personnalités qualifiés, afin de débattre des orientations et des moyens financiers de la politique de soutien à l'autonomie.

La conférence décrit à cette fin dans un document public les évolutions et perspectives à moyen et long termes du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie au regard des évolutions démographiques, médicales, économiques et sociales, ainsi que les besoins de financement appelés par de telles projections. Elle contribue par tous moyens à l'information la plus large de la société et ses conclusions peuvent donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 32 *nonies*

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant le financement par la sécurité sociale des dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie, depuis l'application du transfert de l'État vers la sécurité sociale du financement des dépenses de santé des personnes écrouées, prévu à l'article 28 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

CHAPITRE III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33

I. – La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5121-12-1 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

– au deuxième alinéa, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire des droits d'exploitation » ;

– la seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;

b) Au IV, les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation » sont remplacés par les mots : « le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché » ;

c) À la deuxième phrase du premier alinéa du V, les mots : « de l'autorisation de mise sur le marché » sont remplacés par les mots : « des droits d'exploitation du médicament » ;

d) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :

« VIII. – Toutefois et, le cas échéant, par dérogation aux I et II :

« 1° L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce au titre de l'article L. 5121-12 dans le délai mentionné au deuxième alinéa du II du présent article ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article 32 *nonies*

Supprimé

CHAPITRE III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33

I. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 2° La mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. » ;

2° L'article L. 5123-2 est ainsi modifié :

a) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Les médicaments faisant l'objet, dans une indication considérée, des autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L. 5121-12 ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, des autorisations ou cadres de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, les médicaments faisant l'objet d'une autorisation comme médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code ainsi que ceux faisant l'objet, en association, dans une indication considérée, d'une autorisation en application de l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application de l'article L. 5124-13 du présent code dans le cadre...*(le reste sans changement)*. » ;

b) La seconde phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « ni aux médicaments inscrits, au titre de leur autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique » ;

3° La première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6 est ainsi rédigée : « Sont réputés inscrits sur cette liste les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médicaments qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° Après le mot : « médicament », la fin de l'article L. 5422-3 est ainsi rédigée : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées, est punie d'un an d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende. » ;

5° Au 7° de l'article L. 5422-18, les mots : « bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « mentionné au 1° du II de l'article L. 5121-12 bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce au titre du même article L. 5121-12 ou pour un médicament bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1, pour la ou les indications autorisées ou encadrées ».

II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-1-22, il est inséré un article L. 162-1-23 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-23. – I. – Dans les conditions prévues au présent article, l'assurance maladie peut prendre en charge de manière anticipée, concernant une indication particulière, en vue de leur inscription sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52, pour une durée limitée à un an, non renouvelable :

« 1° Un dispositif médical numérique répondant à la définition mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-48 et présentant une visée thérapeutique ;

« 2° Des activités de télésurveillance médicale définies au même article L. 162-48.

« L'article L. 162-51 est applicable aux activités de télésurveillance médicale relevant du présent article.

« II. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° dudit I. Elle est décidée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Alinéa sans modification)*

« Art. L. 162-1-23. – I. – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« II. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou du dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° dudit I. Elle est décidée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, lorsque les conditions suivantes sont remplies :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont présumés innovants, notamment en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins, d'après les premières données disponibles et compte tenu d'éventuels comparateurs pertinents ;

« 2° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° dudit I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I bénéficie du marquage "CE" dans l'indication considérée ;

« 3° L'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du même I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I en garantit la conformité aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables sur le fondement de l'article L. 1470-5 du code de la santé publique ;

« 4° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I permet ~~de télécharger des~~ données structurées et de les exporter dans des formats interopérables appropriés et comporte, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

« III. – L'arrêté pris en application du II fixe, sur une base forfaitaire, le montant de la compensation financière versée à l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou, le cas échéant, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale, dans des conditions précisées par voie réglementaire.

« Cette prise en charge anticipée pour l'indication considérée ne peut être cumulée avec un autre mode de prise en charge prévu aux articles L. 162-22-7, L. 162-52, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11, ni avec une prise en charge financière au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.

« III bis. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis par la commission mentionnée à l'article L. 165-1.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 4° Le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I permet d'exporter les données traitées dans des formats et dans une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données, et comporte, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« III bis. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient et, lorsqu'ils existent, à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle évalués sur le fondement d'indicateurs définis par la commission mentionnée à l'article L. 165-1. En cas d'inutilisation répétée du dispositif médical numérique de télésurveillance par le patient, le

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent III *bis* peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1.

« Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

« IV. – La prise en charge anticipée prévue au I du présent article implique l'engagement du bénéficiaire de :

« 1° Déposer une demande d'inscription pour l'indication considérée sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 165-1 et L. 162-52, dans des délais respectifs de six mois et neuf mois à compter de la décision de prise en charge transitoire ;

« 2° Permettre d'assurer la continuité des traitements ou de la surveillance médicale initiés :

« a) Pendant la durée de la prise en charge anticipée ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

niveau de la prise en charge anticipée peut être modulé et, le cas échéant, suspendu.

« Les données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle mentionné au premier alinéa du présent III *bis* peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I du présent article et l'activité de télésurveillance médicale mentionnée au 2° du même I ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge anticipée. Lorsque ce refus est opposé après l'ouverture de la prise en charge anticipée, celle-ci est suspendue et le patient en est informé sans délai par l'organisme local d'assurance maladie.

(Alinéa sans modification)

« III *ter* (nouveau). – La prise en charge anticipée prévue au I peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre le dispositif médical numérique, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 165-1, 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. La prise en charge peut également être assortie de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription d'utilisation et de distribution.

« IV. – *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« b) Pendant une durée d'au moins six mois à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Ce délai est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au 1° du présent IV.

« Durant cette période de continuité des traitements ou de la surveillance médicale postérieure à la prise en charge, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont pris en charge dans les conditions prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 162-52 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci et, dans le cas contraire, dans les conditions prévues au III du présent article.

« Les engagements mentionnés au présent IV cessent de s'appliquer si le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I ou son accessoire de collecte font l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

« V. – Pour chaque indication, la prise en charge anticipée mentionnée au I cesse :

« 1° Lorsqu'aucune demande d'inscription n'est déposée dans les délais mentionnés au 1° du IV ;

« 2° Lorsqu'une décision relative à l'inscription ou au refus d'inscription de cette indication sur l'une de ces listes est prise et que, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;

« 3° Lorsque les conditions mentionnées aux 2° à 4° du II cessent d'être remplies ainsi que dans le cas mentionné au dernier alinéa du IV.

« VI. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au 2° du IV, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer une pénalité à la charge de l'exploitant du dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou utilisé dans le cadre des activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations.

« 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 dispositif médical numérique concerné 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.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

« Durant cette période de continuité des traitements ou de la surveillance médicale postérieure à la prise en charge, le dispositif médical numérique mentionné au 1° du I ou les activités de télésurveillance médicale mentionnées au 2° du même I sont pris en charge dans les conditions prévues au titre des listes mentionnées aux articles L. 165-1 ou L. 162-52 en cas d'inscription sur l'une de celles-ci et, dans le cas contraire, dans les conditions prévues au III du présent article. En ce dernier cas, les dernières conditions de prescription, d'utilisation et de distribution au titre de la prise en charge anticipée sont maintenues.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 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 dispositif médical numérique concerné durant les ~~dix-huit~~ mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« VII. – Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'appréciation des conditions de prise en charge mentionnées au II, les règles de fixation du montant de la compensation financière mentionnée au III et ses modalités de versement, sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5 est ainsi rédigé :

« Le prix de cession au public des spécialités inscrites sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du présent 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 en prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, l'entreprise titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du code de la santé publique, l'entreprise assurant l'importation ou la distribution parallèle de la spécialité 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, sauf opposition conjointe des mêmes ministres, qui arrêtent dans ce cas le prix. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment les procédures et les délais de fixation du prix. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

aa) À la seconde phrase du 1° du B du II, les mots : « le laboratoire titulaire des droits d'exploitation » sont remplacés par les mots : « l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant » ;

ab) Au premier alinéa du A du III, le mot : « exploitant » est remplacé par les mots : « titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de » ;

ac) Au premier alinéa du IV, les mots : « le laboratoire titulaire des droits d'exploitation » sont remplacés par les mots : « l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

2° *(Alinéa sans modification)*

« Le prix de cession au public des spécialités inscrites sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du présent 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 conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité, l'entreprise titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du code de la santé publique, l'entreprise assurant l'importation ou la distribution parallèle de la spécialité 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, sauf opposition conjointe des mêmes ministres, qui arrêtent conjointement dans ce cas le prix. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment les procédures et les délais de fixation du prix. » ;

3° *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Au premier alinéa du V, la référence : « au I » est remplacée par les références : « aux I ou VI » ;

b) Le premier alinéa du VI est complété par les mots : « , sous réserve du V » ;

4° L'article L. 162-16-5-4 est ainsi modifié :

a) Au 2° du I, les mots : « une durée minimale, fixée par décret, ne pouvant excéder un an » sont remplacés par les mots : « une période supplémentaire, qui ne peut être inférieure à une durée minimale, fixée par décret dans la limite d'une année » ;

b) ~~Au 1°~~ et à la première phrase du premier alinéa du 2° du I *bis*, les mots : « de dispensation et » sont supprimés ;

c) Après le I *bis*, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :

« I *ter*. – Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues dans le cadre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période et dès lors que les conditions de prise en charge au titre de l'accès précoce ne sont plus maintenues, l'exploitant permet l'achat de la spécialité à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1-1, le cas échéant au moyen de remises. » ;

d) Le II est ainsi modifié :

– après la référence : « I, », la fin de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que le laboratoire exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. » ;

– à la seconde phrase du même premier alinéa, la référence : « I du présent article » est remplacée par la référence : « même I » ;

– sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) ~~À~~ la première phrase du premier alinéa du 2° du I *bis*, les mots : « de dispensation et » sont supprimés ;

c) (*Non modifié*)

d) (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

5° Après le même article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-5. – Les médicaments disposant d'une autorisation comme médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient, définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

6° À l'article L. 162-22-7-3, la référence : « et L. 162-16-5-2 » est remplacée par les références : « , L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-5 et L. 162-18-1 » et, à la fin, les mots : « , dans les conditions fixées aux articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-2 » sont supprimés ;

7° Le 5° du I de l'article L. 162-23-4 est abrogé ;

8° Le II de l'article L. 162-23-6 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

9° L'article L. 165-1-1 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Au second alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » ;

c) Sont ajoutés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Le niveau de prise en charge d'un produit de santé et de la prestation associée ou de l'acte pris en charge au titre du présent I est fixé au regard notamment d'un ou de plusieurs des critères suivants :

« 1° Des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable, compte tenu des remises applicables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

« 2° Des tarifs, des prix ou des coûts de traitement, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, constatés dans d'autres pays européens ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

5° (*Alinéa sans modification*)

« Art. L. 162-16-5-5. – Les médicaments disposant d'une autorisation comme médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement mentionnés au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge s'effectue sur une base forfaitaire annuelle par patient, définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

6° (*Non modifié*)

7° (*Non modifié*)

8° (*Non modifié*)

9° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

c) (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 3° Des volumes de vente prévus des produits ou prestations ainsi que les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ;

« 4° Des actes existants déjà pris en charge, compte tenu du temps médical engagé sur l'acte.

« II. – L'exploitant d'un produit de santé sollicitant la prise en charge au titre du présent article s'engage à :

« 1° Mener à son terme l'étude prévue au I du présent article, sauf lorsqu'apparaît en cours d'étude un risque avéré pour la sécurité des patients ou que des résultats intermédiaires démontrent manifestement l'existence ou l'absence de bénéfice clinique ou médico-économique et justifient pour ce motif l'interruption anticipée de l'étude ;

« 2° Déposer une demande d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 dans un délai d'un an à compter de la fin de l'étude, sauf lorsque les résultats de celle-ci ne permettent raisonnablement pas d'envisager une issue favorable à une demande d'inscription.

« En cas de manquement à ces obligations, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent 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'applique le troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I du présent article pour sa part relative au dispositif médical concerné. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« En cas de manquement à ces obligations, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent conjointement 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'applique le troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait mentionné au I du présent article pour sa part relative au dispositif médical concerné. » ;

9° bis (nouveau) Après le II de l'article L. 165-1-5, il est inséré un II bis ainsi rédigé :

« II bis. – La prise en charge transitoire des produits et prestations au titre du présent article peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce produit et cette prestation, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 165-1, 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. La prise en charge peut également être assortie de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution. » ;

9° ter (nouveau) Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-1-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dernières conditions de prescription, d'utilisation et de distribution au titre de la prise en charge

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

10° Le II de l'article L. 165-1-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent » et, à la fin, les mots : « à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3 » sont supprimés ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. »

Article 34

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 133-4 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2, après la référence : « L. 162-17-2-1 », est insérée la référence : « , L. 162-18-1 » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-18, les mots : « , 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, » sont remplacés par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° Après le même article L. 162-18, il est inséré un article L. 162-18-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-18-1. – I. – L'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de toute spécialité pharmaceutique :

« 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 sont maintenues. » :

10° Le II du même article L. 165-1-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « le Comité économique des produits de santé peut » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent conjointement » et, à la fin, les mots : « à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3 » sont supprimés ;

b) (*Non modifié*)

Article 34

(*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-18, les mots : « , 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, » sont remplacés par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;

3° (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« 1° Inscrite, au moins pour l'une de ses indications, sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7. Sont exclues les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une convention entre le laboratoire titulaire des droits d'exploitation et le Comité économique des produits de santé au titre de cette indication ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 2° Susceptible d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques qui bénéficient, pour cette ou ces indications, en association avec la spécialité considérée, soit d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur l'une des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit d'une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code ;

« 3° Et ne disposant, pour cette indication ou ces indications en association, ni d'une autorisation de mise sur le marché, ni d'une autorisation d'accès précoce, ni d'une autorisation au titre de l'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelle en application de l'article L. 5121-12-1 du même code,

« informe, au plus tard le 15 février de chaque année, le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.

« II. – A. – Sur demande des entreprises mentionnées au I du présent article ou à leur initiative, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent directement autoriser l'utilisation et la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques répondant aux critères mentionnés au même I, dispensées en association aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ou les hôpitaux des armées dans une indication pour lesquelles sont remplies les conditions mentionnées aux 2° et 3° du I du présent article.

« La prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent A est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'information qu'il s'agit d'une utilisation effectuée dans le cadre ainsi défini.

« Le non-respect de cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« B. – L'utilisation et la prise en charge mentionnées au A du présent II sont subordonnées, tant que les entreprises mentionnées au I n'ont pas obtenu, au titre des indications en association mentionnées au A du présent II, une autorisation de mise sur le marché et une inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou une autorisation d'accès précoce en application de l'article L. 5121-12 du même code, au versement de remises par ces entreprises. Ces remises sont reversées chaque année 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. Elles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé et hôpitaux des armées au titre des indications en association mentionnées au A du présent II pour les spécialités et la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les remises conventionnelles dues, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18, sur la même partie de chiffre d'affaires sont déductibles du résultat du calcul découlant de l'application du barème mentionné au deuxième alinéa du présent B.

« Pour l'application des deux premiers alinéas du présent B, le chiffre d'affaires facturé au titre des indications en association mentionnées au A du présent II est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour la spécialité considérée par la part de son utilisation dans les indications mentionnées au même A. » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et des produits et prestations » ;

5° Le III de l'article L. 165-11 est complété par les mots : « , sauf lorsque ces produits ont été évalués par cette même commission au titre d'une demande d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue au même article L. 165-1 et que le dernier avis rendu à ce titre, dont l'ancienneté ne dépasse pas la durée d'inscription qu'il préconise pour le produit concerné, conclut à un service attendu ou rendu suffisant » ;

6° La première phrase du dernier alinéa du A du II de l'article L. 315-2 est complétée par les mots : « , ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 ».

Article 34 bis

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

4° *(Non modifié)*

5° *(Non modifié)*

6° La première phrase du dernier alinéa du A du II de l'article L. 315-2 est complétée par les mots : « , ou à la suite d'une autorisation d'utilisation et de prise en charge en association dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-18-1 du présent code ».

Article 34 bis

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

La cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article L. 5211-5-1 est ainsi rétabli :

« Art. L. 5211-5-1. – I. – Un dispositif médical est qualifié d'indispensable selon des critères définis par voie réglementaire. Peuvent procéder à cette qualification les fabricants du dispositif médical ou leurs mandataires ainsi que toute personne qui se livre à son importation ou à sa distribution, à l'exclusion de la vente au détail, ou, à défaut, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« II. – Lorsqu'ils identifient un risque de rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution de ce dispositif, à l'exclusion de la vente au détail, mettent en œuvre toute mesure utile et nécessaire anticipée visant à éviter la rupture et à assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter la ~~non disponibilité~~ du dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatif à ce dispositif médical, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« IV. – Lorsqu'elle constate un risque de rupture ou une rupture dans la disponibilité d'un dispositif qualifié d'indispensable pour lequel le fabricant ou son mandataire ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, n'a pas mis en œuvre les mesures mentionnées au II ou n'a pas effectué la déclaration mentionnée au III, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prend toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients. » ;

2° Après l'article L. 5221-6, il est inséré un article L. 5221-6-1 ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Les informations relatives aux dispositifs médicaux qualifiés d'indispensables, aux risques identifiés de rupture dans leur disponibilité et aux mesures d'anticipation prises 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.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter le risque de rupture ou la rupture dans la disponibilité du dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatif à ce dispositif médical, dans des conditions définies par voie réglementaire.

(Alinéa sans modification)

2° *(Alinéa sans modification)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Art. L. 5221-6-1. – I. – Un dispositif médical de diagnostic *in vitro* est qualifié d'indispensable selon des critères définis par voie réglementaire. Peuvent procéder à cette qualification les fabricants du dispositif médical de diagnostic *in vitro* ou leurs mandataires ainsi que toute personne qui se livre à son importation ou à sa distribution, à l'exclusion de la vente au détail ou, à défaut, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

« II. – Lorsqu'ils identifient un risque de rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro* indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution de ce dispositif, à l'exclusion de la vente au détail, mettent en œuvre toute mesure utile et nécessaire anticipée, visant à éviter la rupture et à assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter la ~~non-disponibilité~~ du dispositif médical de diagnostic *in vitro* indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatif à ce dispositif médical de diagnostic *in vitro*, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« IV. – Lorsqu'elle constate un risque de rupture ou une rupture dans la disponibilité d'un dispositif qualifié d'indispensable pour lequel le fabricant ou son mandataire ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, n'a pas mis en œuvre les mesures mentionnées au II ou n'a pas effectué la déclaration mentionnée au III, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé prend toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients. » ;

3° L'article L. 5461-9 est complété par un 10° ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« Les informations relatives aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qualifiés d'indispensables, aux risques identifiés de rupture dans leur disponibilité et aux mesures d'anticipation prises 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.

« III. – Lorsque les mesures mentionnées au II n'ont pas permis d'éviter le risque de rupture ou la rupture dans la disponibilité du dispositif médical de diagnostic *in vitro* indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution, à l'exclusion de la vente au détail, effectuent une déclaration auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de ce risque de rupture ou de toute rupture relatif à ce dispositif médical de diagnostic *in vitro*, dans des conditions définies par voie réglementaire.

(Alinéa sans modification)

3° (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 10° Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux indispensables ou leurs mandataires ainsi que pour les personnes qui se livrent à l'importation ou à la distribution de dispositifs médicaux indispensables, à l'exclusion de la vente au détail, de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité de ces dispositifs médicaux, en méconnaissance de l'article L. 5211-5-1. » ;

4° L'article L. 5462-8 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Le fait, pour les fabricants de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro indispensables ou leurs mandataires ainsi que pour les personnes qui se livrent à l'importation ou à la distribution de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro indispensables, à l'exclusion de la vente au détail, de ne pas informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité de ces dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, en méconnaissance de l'article L. 5221-6-1. » ;

5° Le deuxième alinéa du III de l'article L. 5471-1 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « 7° », est insérée la référence : « et au 10° » ;

b) Après la référence : « 6° », est insérée la référence : « et au 8° ».

Article 35

I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée » sont remplacés par les mots : « lorsqu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective, » ;

b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° (*Non modifié*)

5° (*Non modifié*)

Article 35

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Alinéa sans modification*)

a) (*Non modifié*)

b) (*Alinéa sans modification*)

« Un décret en Conseil d'État définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur ou dans des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6. Ces préparations font l'objet d'une autorisation précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :

« a) Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;

« b) Le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave ; ».

II. – L'article L. 5121-21 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :

« I. – Pour l'application de l'article L. 5121-1 :

« 1° Les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé ;

« 2° La pharmacie centrale des armées peut être habilitée à réaliser les préparations hospitalières mentionnées aux trois derniers alinéas du 2° du même article L. 5121-1. » ;

2° Au début, est ajoutée la mention : « II. – ».

Article 36

I. – À titre expérimental, il est instauré un dispositif dit « d'accès direct », dans lequel les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques ne faisant pas l'objet, dans une indication particulière, d'une autorisation d'accès

Texte adopté par le Sénat en première lecture

des substances actives entrant dans leur composition, sont réalisées dans des pharmacies à usage intérieur ou dans des établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de l'Agence nationale de santé publique habilités, dans des conditions qu'il détermine, par le ministre chargé de la santé ou sous leur responsabilité dans les conditions prévues au 4° du même article L. 5126-6. L'exécution de ces préparations peut également être confiée, sous la responsabilité des pharmacies à usage intérieur et des établissements pharmaceutiques habilités, à des pharmacies d'officine autorisées à exercer une activité de sous-traitance dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1. Ces préparations font l'objet d'une autorisation précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

II. – *(Non modifié)*

III (nouveau). – Après la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cette dotation participe, en outre, au financement des activités concourant à la réalisation, par les pharmacies à usage intérieur et les établissements pharmaceutiques des établissements de santé habilités, des préparations hospitalières spéciales faisant l'objet d'une autorisation en application de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

Article 36

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication, sans être déjà inscrites, dans d'autres indications, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou prises en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du même code et dispensées en pharmacie d'officine à ce titre, peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, d'une durée maximale d'un an, dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées, dans les conditions et selon les modalités mentionnées au présent article.

II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I bénéficiant, dans des indications thérapeutiques particulières, de l'accès direct défini au présent article font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La demande de prise en charge est déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées, et au plus tard deux ans après la date, fixée par décret au plus tard le 1^{er} juillet 2022, du début de l'expérimentation prévue au présent article ;

1° ~~bis L'exploitant a déposé une demande d'autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées, au plus tard lors du dépôt de sa demande d'autorisation de mise sur le marché correspondante. Une décision a été rendue par la Haute Autorité de santé sur cette demande et l'exploitant n'a ni retiré sa demande ni demandé le retrait de son autorisation le cas échéant ;~~

2° Lorsque la spécialité a fait l'objet d'un classement dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle remplit les critères pour être inscrite sur la liste des médicaments mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale dans la ou les indications considérées et une demande d'inscription sur cette liste est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concomitamment à la demande mentionnée au 1° du présent II ;

3° Le service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié par la commission mentionnée au même 1° dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

1° bis Lorsque la spécialité répond aux critères d'éligibilité d'une autorisation d'accès précoce, l'exploitant a déposé une demande d'autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées. Une décision a été rendue par la Haute Autorité de santé sur cette dernière demande d'autorisation d'accès précoce et l'exploitant n'a ni retiré sa demande ni demandé le retrait de son autorisation le cas échéant ;

2° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° L'amélioration du service médical rendu par la spécialité dans la ou les indications considérées, appréciée par la même commission dans son avis, est au moins d'un niveau fixé par décret ;

5° L'exploitant s'engage à permettre d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée du dispositif d'accès direct et pendant une durée minimale d'un an à compter de l'arrêt, dans l'indication concernée, de la prise en charge au titre de ce dispositif, sauf si la spécialité, pour cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – (Supprimé)

IV. – Lorsque la spécialité bénéficie du dispositif d'accès direct dans une indication donnée :

1° L'exploitant 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 la spécialité, dès lors que celle-ci ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, ni d'une prise en charge au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 162-22-7 du même code dans au moins l'une de ses indications. Le comité rend publiques ces déclarations ;

2° Avant le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente ;

3° L'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ~~du code de la sécurité sociale~~ désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes

Texte adopté par le Sénat en première lecture

4° (*Non modifié*)

5° (*Alinéa sans modification*)

La prise en charge est décidée dans un délai de six semaines au plus par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – La prise en charge directe d'une spécialité pharmaceutique prévue au I peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre cette spécialité, 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. La prise en charge peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge, ou de délivrance lorsque cette spécialité est prescrite sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1-1 du même code.

IV. – (*Alinéa sans modification*)

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° L'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ~~du~~ code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée ;

4° Aucune inscription de la spécialité sur les listes mentionnées au 1° du II ne peut avoir lieu pendant la période d'accès direct pour une indication autre que l'indication considérée ;

5° Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie, prise en charge et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa ;

6° Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code ;

7° Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription au titre de l'accès direct » et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite ;

8° La spécialité est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

9° En cas de non-respect des règles de tarification, de distribution ou de facturation, l'article L. 133-4 du même code est applicable ;

10° Les articles L. 162-16-5-3 et L. 315-2 dudit code sont applicables.

V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge au titre de l'accès direct mentionné au I ~~du présent article~~ prend fin au plus tard un an après la date de la décision de prise en charge. Elle prend fin avant l'expiration de ce délai dans les cas suivants :

1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées. Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

(Alinéa sans modification)

4° Aucune inscription de la spécialité sur les listes mentionnées au 1° du II du présent article ne peut avoir lieu pendant la période d'accès direct pour une indication autre que l'indication considérée ;

5° (Non modifié)

6° (Non modifié)

7° (Non modifié)

8° (Non modifié)

9° (Non modifié)

10° (Non modifié)

V. – Pour chaque indication considérée, la prise en charge au titre de l'accès direct mentionné au I prend fin au plus tard un an après la date de la décision de prise en charge. Elle prend fin avant l'expiration de ce délai dans les cas suivants :

1° (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° En cas de demande de l'exploitant ;

3° Par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

a) En cas de refus d'inscription de la spécialité, pour l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées au 1° du présent V ;

b) En cas de retrait de la demande d'inscription au même titre sur l'une des listes mentionnées au même 1°.

V bis. – Pour l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, pour une spécialité bénéficiant du dispositif d'accès direct dans une indication donnée, lorsqu'aucun accord conventionnel fixant ou modifiant un prix de vente au public, un prix de cession ou un tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements n'est signé dans un délai de dix mois à compter de la décision de prise en charge au titre de l'accès direct, le Comité économique des produits de santé fixe par décision, avant la fin du douzième mois, le prix de vente au public, le prix de cession ou le tarif de responsabilité et prix limite de vente aux établissements.

VI. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une indication donnée au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du C du présent VI détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définie selon les modalités prévues au présent A.

Le Comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations :

1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues au 3° du IV au titre de l'indication considérée et de l'année civile pour laquelle les remises avaient été versées sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2° du présent A, l'exploitant verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants. Dans le cas contraire, est restituée au laboratoire la différence entre ces deux montants, dans la limite de la remise versée au titre du 3° du IV du présent

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Non modifié*)

3° Par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale :

a) (*Non modifié*)

b) (*Non modifié*)

V bis. – (*Non modifié*)

VI. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge au titre du présent article.

B. – Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A du présent VI est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu.

C. – Les conventions conclues au titre des spécialités ayant bénéficié, pour l'une de leurs indications, de l'accès direct incluent les remises portant uniquement sur les unités vendues à compter de la signature de la convention et des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

Sur la base de ces éléments et après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées aux I et II de l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale, qui pourraient être dues au titre de la prochaine année, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 du même code.

Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du deuxième alinéa du présent C.

À défaut de convention ou de décision prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence.

VII. – Les A et B du VI sont applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, la prise en charge au titre de l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit mis en place un remboursement pour cette indication.

Dans ce cas, pour l'application des mêmes A et B, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

VIII. – Les deux derniers alinéas du II de l'article L. 162-18 du même code sont applicables aux spécialités bénéficiant de l'accès direct.

IX. – A. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre de l'accès direct :

1° Lorsque la spécialité pharmaceutique qui a bénéficié de la prise en charge est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation

Texte adopté par le Sénat en première lecture

VII. – *(Non modifié)*

VIII. – *(Non modifié)*

IX. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

2° Lorsque la spécialité qui a bénéficié de la prise en charge n'est inscrite sur aucune des listes mentionnées au 1° du présent IX dans l'indication considérée, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. L'exploitant permet alors l'achat de la spécialité pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas le prix de référence mentionné au second alinéa du VII, le cas échéant au moyen de remises.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, la spécialité peut être achetée, fournie et utilisée par les collectivités publiques sans figurer sur la liste mentionnée au même premier alinéa.

Lorsque la spécialité n'est pas classée dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier, elle est réputée inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du même code.

B. – En cas de manquement de l'exploitant à l'engagement prévu au 5° du II du présent article, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I au cours des deux ans précédant la constatation du manquement.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

X. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

XI. – Dans un délai de vingt et un mois à compter de la date de début de l'expérimentation mentionnée au 1° du II, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant sur l'évaluation du dispositif d'accès direct prévu au présent article. Le contenu de cette évaluation est précisé par décret.

Article 36 bis

~~Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport visant à présenter l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement. Ce rapport~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

X. – *(Non modifié)*

XI. – *(Non modifié)*

Article 36 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

s'attache notamment à examiner les possibilités de création d'une enveloppe consacrée à la prise en charge des actes de médecine génomique, conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif de données d'usage.

Article 37

I. – L'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 5125-23-2. – Par dérogation au I 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, au sens du *b* du 15° de l'article L. 5121-1, que le médicament biologique prescrit ;

« 2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

« 3° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 2° peuvent être respectées ;

« 4° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;

« 5° Si le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de cette substitution.

« Lorsqu'un grand conditionnement est disponible pour la forme biologique similaire du médicament et que le traitement en est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris par renouvellement multiple d'un traitement mensuel, le pharmacien délivre un grand conditionnement. »

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 37

I. – (*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

« 2° Ce groupe biologique similaire figure sur une liste, accompagnée le cas échéant de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution de nature à assurer la continuité du traitement avec le même médicament, fixée par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

II. – (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Le V de l'article L. 162-16 est ainsi rétabli :

« V. – Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus onéreux du même groupe. » ;

2° Le 5° de l'article L. 162-16-1 est complété par les mots : « et biologiques similaires » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « pharmaciens », sont insérés les mots : « , d'une part, » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et, d'autre part, de médicaments biologiques similaires figurant dans un groupe biologique similaire, au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour lequel la substitution est autorisée en application de l'article L. 5125-23-2 du même code ».

~~III. — Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport identifiant la liste des dispositifs médicaux en nom de marque ayant des caractéristiques techniques et cliniques similaires et qui peuvent faire l'objet d'une substitution.~~

Article 38

Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 est complété par ~~une phrase~~ ainsi rédigée : « Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*nouveau*) La première phrase du dernier alinéa du même article L. 162-16-7 est ainsi modifiée :

a) Après la référence : « L. 162-16-1 » et la référence : « L. 162-16 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

b) Les mots : « du présent code » sont supprimés.

III. – (*Supprimé*)

Article 38

(*Alinéa sans modification*)

1° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Elle peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production, selon des critères, des conditions d'engagements et un suivi précisés par décret en Conseil d'État. La fixation de ce prix tient compte également de considérations de politique industrielle, tels les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 est complété par ~~une phrase~~ ainsi rédigée : « Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce tarif peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production. »

.....

CHAPITRE IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4342-1 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa, l'orthoptiste peut, sans prescription médicale et sans être placé sous la responsabilité d'un médecin :

« 1° Réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon les modalités et les conditions de réalisation fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

production et des étapes de fabrication des médicaments dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse. » :

2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 165-2 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Pour les produits ou prestations inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la fixation de ce tarif peut également tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production, selon des critères, des conditions d'engagements et un suivi précisés par décret en Conseil d'État. La fixation de ce tarif tient compte également de considérations de politique industrielle, tels les investissements pour le maintien, la modernisation et le développement de l'outil de production et des étapes de fabrication des dispositifs médicaux dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse. »

Article 38 bis A (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 165-2-2 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 165-1 », sont insérés les mots : « et dont les produits et prestations ont été identifiés au programme de travail du comité économique des produits de santé conformément aux modalités d'échanges d'information prévu dans l'accord-cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 ».

.....

CHAPITRE IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

a) *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

« 1° Réaliser un bilan visuel et prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, selon des modalités, des conditions de réalisation et des critères d'âge des patients fixés par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national professionnel d'ophtalmologie.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« L'orthoptiste ne peut renouveler, le cas échéant en l'adaptant, une prescription prééde de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret ;

« 2° Réaliser chez l'enfant le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction, selon des critères d'âge fixés par décret. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « onzième » ;

2° L'article L. 4362-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « , par un médecin ou un orthoptiste, » ;

b) Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi modifiés :

– le mot : « médicales » est supprimé ;

– sont ajoutés les mots : « ou de l'orthoptiste » ;

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

« Les opticiens-lunetiers ne peuvent adapter et renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire délivrées en application du 1° de l'article L. 4342-1 qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret. »

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« L'orthoptiste ne peut renouveler, le cas échéant en l'adaptant, une prescription de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire réalisée par un médecin ophtalmologiste ou par un orthoptiste qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national professionnel d'ophtalmologie ;

« 2° Réaliser chez l'enfant le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction, selon des conditions et des critères d'âge fixés par décret pris après avis du Conseil national professionnel d'ophtalmologie. » ;

b) (*Non modifié*)

2° (*Non modifié*)

.....

Article 41 bis A (nouveau)

I. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-1. – Un médecin ne peut être conventionné qu'à la condition d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4. Cette condition ne s'applique pas aux médecins qui souhaitent être conventionnés afin d'exercer dans l'une de ces zones. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 41 bis

Le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1-5 est complété par des II et III ainsi rédigés :

« II. — Un chirurgien dentiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins dentaires et des actes professionnels est nommé par le gestionnaire dès lors que le centre ou l'une de ses antennes assure une activité dentaire. Il bénéficie des règles d'indépendance professionnelle reconnues aux chirurgiens dentistes par leur code de déontologie.

« Lorsque des décisions prises par le gestionnaire du centre de santé apparaissent au chirurgien dentiste responsable comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et la santé publique, le chirurgien dentiste responsable en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, qui prend alors les mesures appropriées.

« III. — Un médecin ophtalmologiste responsable de la qualité et de la sécurité des soins ophtalmologiques et des actes professionnels est nommé par le gestionnaire dès lors que le centre ou l'une de ses antennes assure une activité ophtalmologique. Il bénéficie des règles d'indépendance professionnelle reconnues aux médecins par leur code de déontologie.

« Lorsque des décisions prises par le gestionnaire du centre de santé apparaissent au médecin ophtalmologiste responsable comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et la santé publique, le médecin ophtalmologiste responsable en informe sans délai le directeur général de l'agence régionale de santé, qui prend alors les mesures appropriées. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. — Le I entre en vigueur à compter du 1er novembre 2022.

Article 41 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° Le premier alinéa de l'article L. 6323-1-10 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le projet de santé comporte notamment la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens dentistes exerçant au sein du centre de santé ayant une activité dentaire et des contrats de travail des médecins ophtalmologistes exerçant au sein du centre ayant une activité ophtalmologique. » ;

3° L'article L. 6323-1-11 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet, pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire, la copie des diplômes et des contrats de travail des médecins exerçant au sein du centre au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes, qui rend un avis motivé dans un délai de deux mois.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé transmet, pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique, la copie des diplômes et des contrats de travail des médecins exerçant au sein du centre au conseil départemental de l'ordre des médecins, qui rend un avis motivé dans un délai de deux mois. » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « cet engagement » sont remplacés par les mots : « l'engagement de conformité mentionné au premier alinéa » ;

c) Après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire sont soumis, pour leurs seules activités dentaires, à un agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne concerné.

« Les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique sont soumis, pour leurs seules activités ophtalmologiques, à l'agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne concerné. » ;

4° Le II de l'article L. 6323-1-12 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~« À la suite de la suspension, totale ou partielle, de l'activité ou de la fermeture du centre ou, lorsqu'elles existent, de ses antennes, le directeur général de l'agence régionale de santé peut refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité relatif à l'ouverture d'un nouveau centre de santé ou d'une antenne lorsque ce récépissé est demandé par le même organisme gestionnaire ou par le même représentant légal, jusqu'à la levée de cette suspension ou pour une durée maximale de cinq ans dans le cas d'une fermeture définitive. »~~

Article 41 ter

I. – Le I de l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« En parallèle de l'injonction, lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité est constaté et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer une amende administrative à l'encontre de l'organisme gestionnaire ou du représentant légal de celui-ci. Le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur à 150 000 euros. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque le gestionnaire du centre de santé ne s'est pas conformé à ses prescriptions à l'issue du délai fixé par une mise en demeure. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.

« Le produit de la sanction financière prévue au présent I est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du présent I sur le site internet de l'agence régionale de santé. »

II. – La section 7 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1^o Au premier alinéa de l'article L. 162-32, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « conventionnés dans les conditions prévues à l'article L. 162-32-2 » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 41 ter

I. – (*Alinéa sans modification*)

« En parallèle de l'injonction, lorsqu'un manquement à l'engagement de conformité est constaté et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer une amende administrative à l'encontre de l'organisme gestionnaire ou du représentant légal de celui-ci. Le montant de l'amende administrative ne peut être supérieur à 150 000 euros. Le directeur général de l'agence régionale de santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque le gestionnaire du centre de santé ne s'est pas conformé, à l'issue du délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.

(*Alinéa sans modification*)

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de publier les décisions de sanction financière prononcées au titre du présent I sur le site internet de l'agence régionale de santé. Il peut également procéder à la publication des décisions de sanction financière sur le site internet des autorités sanitaires appropriées et mettre en demeure l'organisme gestionnaire ou le représentant légal de celui-ci de publier ces décisions sur le site internet, lorsqu'il existe, du centre de santé pour lequel les manquements ont été constatés ainsi que, le cas échéant, de les faire figurer dans les informations concernant ce centre mises à la disposition du public par une plateforme de mise en relation par voie électronique. »

II. – (*Alinéa sans modification*)

1^o (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° À la seconde phrase du 2° de l'article L. 162-32-1, après le mot : « accord », sont insérés les mots : « ou d'une transposition automatique dans certains cas » ;

3° Le troisième alinéa de l'article L. 162-32-2 est supprimé ;

4° L'article L. 162-32-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les deux derniers alinéas de l'article L. 162-15-1 sont applicables aux centres de santé adhérant à l'accord national prévu à l'article L. 162-32-1. » ;

5° Il est ajouté un article L. 162-32-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-32-4.* – Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des centres de santé qui n'adhèrent pas à la convention donnent lieu à un remboursement par les organismes d'assurance maladie, sur la base des tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour chacune des professions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

III. – À la date d'entrée en vigueur du présent article, les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de trois mois pour se faire connaître à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés et y adhérer.

.....

Article 41 quinquies

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

5° (*Alinéa sans modification*)

« *Art. L. 162-32-4.* – Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national donnent lieu à un remboursement par les organismes d'assurance maladie, sur la base des tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour chacune des professions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

III. – À la date d'entrée en vigueur du présent article, les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de six mois pour se faire connaître à l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort duquel ils sont situés et y adhérer.

.....

Article 41 quinquies

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I. – Dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 41 *sexies*

I. – Dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 41 *septies*

Texte adopté par le Sénat en première lecture

I. – À titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans au plus cinq départements d'une même région et dans au moins un département d'outre-mer. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé, dans le respect des conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du même code.

II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 41 *sexies*

I. – À titre expérimental, dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les orthophonistes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans six départements[] dont au moins un département d'outre-mer. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé, dans le respect des conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du même code.

II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Article 41 *septies*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I. — À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi et dans six départements, l'État peut autoriser le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale au sein de l'espace numérique des médecins généralistes défini aux articles L. 1111-13 à L. 1111-24 du même code.

II. — Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les conditions d'évaluation médico-économique de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 41 *octies*

I. — À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, par dérogation à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser, dans trois régions, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.

II. — Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les régions concernées, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que ses conditions d'évaluation en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 42

I. — Le code de la santé publique est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Supprimé

Article 41 *octies*

I. — À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, par dérogation à l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les infirmiers en pratique avancée peuvent réaliser, dans trois régions dont au moins une région d'outre-mer, certaines prescriptions soumises à prescription médicale dont la liste est fixée par décret.

II. — *(Non modifié)*

Article 42

I. — (Alinéa sans modification)

1° A (nouveau) Après l'article L. 2112-2, il est inséré un article L. 2112-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 2112-2-1. — Les médecins des services de protection maternelle et infantile collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3. À ce titre, ils orientent les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé susceptibles d'accompagner un enfant de trois à douze ans en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité. » :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° L'article L. 6323-1-1 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par décret, un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. » ;

2° L'article L. 6323-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° (*Alinéa sans modification*)

« 7° Mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par décret, un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant ainsi que, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile. » ;

2° (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. »

II. – L'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale fait l'objet d'un remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 160-13. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Les maisons de santé peuvent mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui, selon les critères fixés par la Haute Autorité de santé, sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité. Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique. En accord avec les parents ou le représentant légal de l'enfant, le parcours est mis en œuvre en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement au sein duquel est scolarisé l'enfant ainsi que, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret. »

I bis (nouveau). – Après le sixième alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins de l'éducation nationale collaborent avec les centres de santé et les maisons de santé pour la mise en œuvre du parcours mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 dudit code et au dernier alinéa de l'article L. 6323-3 du même code. À ce titre, ils orientent les parents ou le représentant légal de l'enfant vers les centres de santé ou les maisons de santé susceptibles d'accompagner un enfant de trois à douze ans en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité. »

II. – (*Non modifié*)

Article 42 bis A (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase est ainsi modifiée :

a) Les mots : « et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance » sont supprimés ;

b) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et dispositifs médicaux » ;

c) Sont ajoutés les mots : « dans la limite d'un mois » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 42 bis

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 160-8, après le mot : « professionnelle, », sont insérés les mots : « des frais des séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58, » ;

2° Le chapitre II est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« *Section 12*

« *Prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue*

« *Art. L. 162-58. – I. – Les séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors qu'elles s'inscrivent dans le dispositif suivant :*

« 1° Le psychologue réalisant la séance a fait l'objet d'une sélection par l'autorité compétente désignée par décret, permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation, et est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° À la deuxième phrase, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et de dispositifs médicaux ».

Article 42 bis B (nouveau)

I. – Sur la base de l'expérimentation et du rapport d'évaluation prévus à l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, ainsi que des travaux du Haut Conseil des nomenclatures mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la forfaitisation du financement de la radiothérapie est mise en place au plus tard le 31 décembre 2022.

II. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités de mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement et précise notamment les forfaits par technique de radiothérapie ainsi que les modulateurs de traitement.

Article 42 bis

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° *(Non modifié)*

2° *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 1° Le psychologue réalisant la séance a fait l'objet d'une sélection par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation, et est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice. Le cas échéant, il participe au projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique qui couvre son lieu d'exercice ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 2° L'assuré social bénéficiaire de la séance a fait l'objet d'un adressage par le médecin traitant ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient au regard de son besoin pour cette prestation d'accompagnement psychologique.

« Le nombre de psychologues pouvant proposer des séances d'accompagnement psychologique ainsi prises en charge est fixé annuellement. Leur répartition est déterminée au regard des besoins de chaque territoire. Ces paramètres sont fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les professionnels, médecins et psychologues, intervenant dans le cadre du dispositif sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

« II. – Sont précisés par décret en Conseil d'État :

« 1° Les caractéristiques des séances, notamment le nombre pouvant être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie par patient et par année civile, ainsi que les patients éligibles à ces séances et les modalités d'inscription de ces séances dans le parcours de soins du patient, notamment les modalités d'adressage ;

« 2° Les critères d'éligibilité des psychologues volontaires pour participer au dispositif, fixés notamment au regard des diplômes et de l'expérience professionnelle, ainsi que les modalités de sélection des psychologues participant au dispositif au regard de ces critères et des dispositions du I du présent article ;

« 3° Les modalités de conventionnement entre les caisses primaires d'assurance maladie et les psychologues participant au dispositif ainsi que leurs obligations respectives dans ce cadre ;

« 4° Les modalités de fixation des tarifs de ces séances, notamment au regard des 1° et 2° du présent II ;

« 5° La possibilité de mettre à la charge du psychologue participant au dispositif une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas les mesures prévues par décret et, le cas échéant, de l'exclure du dispositif.

« Des dépassements d'honoraires ne peuvent être pratiqués sur des séances prises en charge. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« 2° L'assuré social bénéficiaire de la séance a fait l'objet d'un adressage par le médecin traitant, le médecin du travail ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient justifiant cette prestation d'accompagnement psychologique.

« Le nombre de psychologues pouvant proposer des séances d'accompagnement psychologique ainsi prises en charge est fixé annuellement. Leur répartition est déterminée au regard des besoins de chaque territoire. Ces paramètres sont fixés annuellement par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les professionnels, médecins et psychologues, intervenant dans le cadre du dispositif sont réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code. Le cas échéant, leur intervention s'inscrit dans le cadre du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 dudit code qui couvre leur lieu d'exercice.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

« 3° Les modalités de conventionnement entre les organismes locaux d'assurance maladie et les psychologues participant au dispositif ainsi que leurs obligations respectives dans ce cadre ;

(Alinéa sans modification)

« 5° La possibilité pour le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de mettre à la charge du psychologue participant au dispositif une partie de la dépense des régimes obligatoires d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ses engagements conventionnels et les dispositions législatives et réglementaires applicables à la mise en œuvre des séances et, le cas échéant, de l'exclure du dispositif.

(Alinéa sans modification)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif prévu au présent article au plus tard le 1^{er} septembre 2024.

Les personnes chargées de l'évaluation du dispositif ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale lorsque ces données sont nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation du dispositif, dans le respect des conditions prévues au chapitre I^{er} du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, sous réserve, le cas échéant, d'adaptations établies par décret en Conseil d'État.

.....

Article 42 quater

~~À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place, par certaines agences régionales de santé, d'une prise en charge spécifique des transports bariatriques de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transport sanitaire adaptés.~~

~~Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe les conditions d'application du présent article, notamment en désignant les agences régionales de santé concernées. Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin de l'expérimentation.~~

Article 42 quinquies

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – *(Non modifié)*

Article 42 ter A (nouveau)

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les exercices et travaux prescrits au titre du 4^o de l'article L. 324-1 du même code tiennent compte, le cas échéant, des bilans et des activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application du présent article. »

II. – Le 4^o 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 des activités prévus par le parcours de soins mis en œuvre en application de l'article L. 1415-8 du code de la santé publique ».

.....

Article 42 quater

Supprimé

Article 42 quinquies

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2022, un rapport évaluant la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer, prévu à l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, et étudiant notamment l'ouverture au remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer.~~

~~Le rapport, en lien avec la Haute Autorité de santé, présente les différentes solutions thérapeutiques non hormonales et précise l'effet sur les comptes de l'assurance maladie de l'ouverture au remboursement de ces solutions aux femmes atteintes de cancers hormono-dépendants ou atteintes de cancers de la zone pelvienne.~~

Article 43

L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

« I. – À titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-9 du code de la santé publique et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 3411-6 du même code, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent une halte "soins addictions", qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

« L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également être situés dans des structures mobiles. » ;

2° Aux deux derniers alinéas du II et au V, les mots : « salle de consommation à moindre risque » sont remplacés par les mots : « halte "soins addictions" » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Supprimé

Article 43

(Alinéa sans modification)

1° *(Alinéa sans modification)*

(Alinéa sans modification)

« Les haltes "soins addictions" sont ouvertes dans des locaux situés dans l'enceinte d'établissements de santé ou à proximité immédiate de tels établissements. L'expérimentation porte sur des espaces situés dans les locaux du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue et du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou dans des locaux distincts. Ils peuvent également être situés dans des structures mobiles. » ;

2° *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

3° Au III, après le mot : « drogue », sont insérés les mots : « et les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

Article 44

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 21° de l'article L. 160-14 est ainsi modifié :

a) Le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans » ;

b) Sont ajoutés les mots : « , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle » ;

2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, le mot : « mineure » est remplacé par les mots : « âgée de moins de 26 ans ».

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

III. – ~~Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.~~

.....

Article 44 ter

Texte adopté par le Sénat en première lecture

3° (*Non modifié*)

Article 43 bis (nouveau)

L'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la fin du I, les mots : « liées aux substances psychoactives » sont supprimés ;

2° À la première phrase du III, après le mot : « année », sont insérés les mots : « le montant de la dotation de la branche maladie finançant le fonds et détermine ».

Article 44

I. – (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Supprimé*)

.....

Article 44 ter

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

La Caisse nationale de l'assurance maladie met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes listées aux articles L. 2212-2 et L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique.

Article 44 quater

I. ~~À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut autoriser que la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation se fasse auprès d'une sage-femme. L'objet de l'entretien est d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention et de lui remettre le dossier d'information prévu à l'article L. 2123-1 du code de la santé publique.~~

II. ~~Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article, notamment les caractéristiques de l'appel à projets et les conditions de financement de l'expérimentation, ainsi que les conditions de son évaluation en vue d'une éventuelle généralisation. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au même I, dans la limite de quatre régions.~~

III. ~~Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets.~~

Article 45

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

1° À la fin de l'article L. 142-3, les mots : « prises en application de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « relatives aux bénéficiaires de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 prises en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 381-30 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pendant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée, les enfants nés au cours de la détention bénéficient de la prise en charge des frais de santé dans les mêmes conditions. » ;

3° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « écrouées » est supprimé ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

4° L'article L. 861-2 est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Supprimé

Article 44 quater

Supprimé

Article 45

I. – (*Alinéa sans modification*)

1° À la fin de l'article L. 142-3, les mots : « prises en application de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « prises en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII » ;

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

4° (*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° de l'article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret. » ;

5° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :

a) L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par la caisse de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut renoncer à ce droit à tout moment, sans frais. La demande de renoncement est adressée à l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci. L'organisme gestionnaire met fin au droit à la protection complémentaire en matière de santé au dernier jour du mois de la réception de la demande de renoncement. Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé faisant suite à un renoncement sont déterminées par décret. » ;

5° bis À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-11, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au sixième » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 862-2 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dépenses du fonds sont constituées :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

a) (*Non modifié*)

b) (*Alinéa sans modification*)

« Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1 les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 et celles prévues aux articles L. 815-24, L. 821-1 et L. 821-2 n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, dans des conditions déterminées par décret. » ;

5° (*Alinéa sans modification*)

aa) (nouveau) L'avant-dernier alinéa est complété par les mots : « à l'exception de situations déterminées par décret visant à garantir la continuité de ces droits en cas d'évolution de la composition du foyer en cours de droit » ;

a) Le même avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise ou une réduction de dette a été accordée à l'assuré en application de l'article L. 861-10 ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations par un organisme mentionné à l'article L. 861-4 en raison de sa situation de précarité. En cas d'octroi par l'organisme gestionnaire de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci sont considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées. » ;

b) (*Non modifié*)

5° bis (*Non modifié*)

6° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *a* de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ou des mêmes dépenses réalisées par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa du même article L. 861-3 pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et des organismes d'assurance maladie assurant la prise en charge de leurs frais de santé mais ne relevant pas du régime général ;

« 2° Du remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des mêmes sommes lorsqu'elles ne sont pas réalisées par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 ;

« 3° Des sommes résultant de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 réalisées par le biais du tiers payant pour les assurés relevant des organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 et du régime général pour la prise en charge de leurs frais de santé. » ;

7° *Le d* de l'article L. 862-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les organismes assurant la prise en charge des frais de santé informent les organismes gestionnaires mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des dépenses qu'ils prennent en charge directement par le biais du tiers payant mentionné au septième alinéa de l'article L. 861-3 pour les assurés relevant de ces organismes gestionnaires ; ».

II. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la mutualité sociale agricole peuvent réduire les créances résultant de sommes indûment versées, dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale. »

II *bis*. – À la fin du 2° de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, les mots : « mentionnées aux articles L. 861-5 et L. 863-3 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « relatives aux bénéficiaires de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale prises en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII du même code ».

III. – Le 1° du I s'applique aux recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les 2° et 3° et le *a* du 4° du I et le II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le *b* du 4° du I entre en vigueur le 1^{er} avril 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

7° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

II *bis*. – À la fin du 2° de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, les mots : « mentionnées aux articles L. 861-5 et L. 863-3 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « prises en application du chapitre I^{er} du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale ».

III. – Le 1° du I et le II *bis* s'appliquent aux recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022.

(*Alinéa sans modification*)

(*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Les 5°, 6° et 7° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Article 45 bis

I.— Le titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 871-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 871-2.— Aux fins de garantir l'application du mécanisme du tiers payant aux personnes relevant des garanties mentionnées à l'article L. 871-1, les organismes d'assurance maladie complémentaire mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements de santé et des centres de santé, pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, des services numériques répondant à des caractéristiques définies par décret. Ces caractéristiques portent notamment sur les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats, sur les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes, lorsque la prestation est soumise à accord préalable, et sur les délais et garanties de règlement des sommes dues. »

II.— Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

Article 45 ter

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

Article 45 bis A (nouveau)

Le II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « aux », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « membres de leur famille à la charge effective, totale et permanente des assurés sociaux énumérées ci-dessous : » :

2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« a) Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité :

« b) Les enfants qui n'exercent pas d'activité professionnelle, jusqu'à un âge fixé par décret :

« c) L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social dans les conditions prévues à l'article L. 161-1. »

Article 45 bis

Supprimé

Article 45 ter

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Au dernier alinéa de l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du code du travail et les bénéficiaires du revenu de solidarité active mentionnés à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 45 quater

~~Par dérogation au b de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées aux 1° à 3° du même article L. 160-3 qui bénéficiaient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé avant l'entrée en vigueur de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 continuent à bénéficier de cette prise en charge dès lors que leur pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à dix années au titre d'un régime français.~~

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46

I. – Le 9° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « santé », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « dont bénéficient, d'une part, les assurés relevant d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 et, d'autre part, les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, s'agissant : » ;

2° À la fin ~~du~~ a, les mots : « des autres régimes obligatoires » sont supprimés.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Au dernier alinéa de l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « et les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du code du travail et les bénéficiaires du revenu de solidarité active mentionnés à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles » et sont ajoutés les mots : « du présent article ».

Article 45 quater

I. – (Supprimé)

II (nouveau). – L'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les personnes mentionnées aux 1° et 3°, non mentionnées au a, bénéficiaient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge des frais de santé avant le 1er juillet 2019, ils continuent à bénéficier de cette prise en charge dès lors que leur pension rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à dix années au titre d'un régime français. »

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46

I. – (Alinéa sans modification)

1° (Non modifié)

2° Le a est ainsi modifié :

a) (nouveau) Après la référence : « L. 361-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Afin de tenir compte de la crise sanitaire liée à la covid-19 et de ses conséquences et d'adapter les règles de prise en charge des frais de santé et les conditions pour le bénéfice des prestations en espèce :

1° L'article 11 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les dispositions prises par décret entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale demeurent applicables jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022 ;

~~2° Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et jusqu'au 31 décembre 2022, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter, dans les domaines mentionnés à l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, les dispositions prises en application du même article L. 16-10-1.~~

~~Les mesures mentionnées au 2° du présent II sont applicables au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022.~~

~~Chaque ordonnance peut prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'elle contient, dans la limite d'un mois avant sa publication.~~

~~Les ordonnances et les décrets pris sur le fondement du présent article sont dispensés des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire.~~

~~Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chaque ordonnance.~~

III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Article 46 bis

~~I. L'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques est complété par un 12° ainsi rédigé :~~

~~« 12° Les cessions de biens meubles acquis par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique à la demande du ministre chargé de la santé, dans le cadre des missions prévues à l'article L. 1413-4 du même code et dans le but d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction, à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics, à des établissements publics de santé ou à des~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

~~b) À la fin, les mots : « des autres régimes obligatoires » sont supprimés.~~

II. – *(Alinea sans modification)*

1° L'article 11 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les dispositions prises par décret entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021 en application de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale demeurent applicables jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard jusqu'au 28 février 2022 ;

2° *(Supprimé)*

III. – *(Non modifié)*

Article 46 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures.»~~

~~II.— Le I du présent article est applicable aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution.~~

Article 46 ter

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

~~1° Le premier alinéa de l'article L. 162-1-11 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces organismes peuvent à ce titre leur adresser des informations à caractère général ou des informations personnalisées sur la base des données issues de leurs systèmes d'information, dont celui mentionné à l'article L. 161-28-1, afin de faciliter leur accès et leur participation à toutes actions de prévention ou aux soins pris en charge par l'assurance maladie. » ;~~

~~2° L'article L. 162-2-3 est ainsi modifié :~~

~~a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :~~

~~« Dans le cadre de ses missions de prévention et de participation à la gestion des alertes sanitaires prévues à l'article L. 221-1 ainsi que de ses missions d'information et d'accompagnement des patients prévues à l'article L. 162-1-11, l'assurance maladie peut transmettre certaines données à caractère personnel des patients dont elle dispose dans ses systèmes d'information, dont celui mentionné à l'article L. 161-28-1, aux professionnels appelés à traiter ces patients. La liste des professions concernées est fixée par décret. » ;~~

~~b) Après le mot : « maladie », la fin de la dernière phrase du second alinéa est ainsi rédigée : « ou directement par ses agents dûment habilités. » ;~~

~~c) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :~~

~~« La transmission de données prévue au premier alinéa est mise en œuvre après avis d'une commission placée auprès du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cette commission comprend notamment des représentants des assurés, des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et des professionnels de santé. Son rôle et ses modalités de fonctionnement sont fixés par décret.~~

~~« Les patients, dûment informés de cette transmission par les professionnels ou par l'assurance maladie, dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, peuvent s'opposer à la transmission de leurs données à caractère~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 46 ter

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

personnel, excepté lorsque celle-ci est effectuée au titre de la participation à la gestion de l'alerte sanitaire prévue à l'article L. 221-1 du présent code.» ;

3° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code, » sont supprimés ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sur demande du ministre chargé de la santé, la caisse nationale peut, dans le respect des missions de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique, contribuer à la gestion des situations d'alerte sanitaire par des mesures ou actions concourant à prévenir la réalisation ou à atténuer l'impact de la menace pour la santé de la population. Les actions menées dans ce cadre peuvent concerner l'ensemble des assurés sociaux. Les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie sont tenus informés et apportent, en tant que de besoin, leur concours à leur mise en œuvre. » ;

4° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 713-21, les mots : « de l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « du quinzième ».

Article 47

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

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Article 47

I. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° L'article L. 161-8 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Bénéficient également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

2° L'article L. 311-5 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Bénéficient également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles.

« Peuvent bénéficier également de ce maintien du droit à prestations les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droits aux indemnités journalières de maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières forfaitaires servies en application de l'article L. 623-1 sont égales à un niveau fixé par décret. » ;

3° À l'article L. 622-1, après la référence : « L. 323-1-1 », est insérée la référence : « L. 323-2 » ;

3° *bis* À la fin du premier alinéa de l'article L. 646-4, les références : « des articles L. 623-1, L. 623-5 et L. 646-5 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 623-1 » ;

4° L'article L. 646-5 est abrogé ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 663-1 est supprimé.

II. – Le III *bis* de l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises est ainsi modifié :

1° Après le mot : « conjoint », la fin de la première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « ou concubin collaborateur libéral de la mère ou la personne collaboratrice libérale liée à elle par un pacte civil de solidarité ont le droit de suspendre leur collaboration pendant une durée égale à celle mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « de dix semaines à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer » sont remplacés par les mots : « égale à celles mentionnées à l'article L. 1225-37 du code du travail ».

III. – Par dérogation à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, pour le calcul des prestations en espèces dues aux personnes mentionnées à l'article L. 611-1 du même code au titre de l'assurance maladie et maternité, le revenu d'activité retenu pour le calcul de ces prestations peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.

Le présent III s'applique aux arrêts de travail débutant entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2022.

IV. – Par dérogation au second alinéa de l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale, sont pris en compte pour le calcul des prestations en espèces prévues aux articles L. 622-1, L. 632-1, L. 634-2, L. 635-1, L. 643-1, L. 644-1 et L. 644-2 du même code le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 des travailleurs indépendants relevant de l'article L. 613-7 dudit code.

Afin de calculer les prestations mentionnées au premier alinéa du présent IV, des échanges d'informations sont organisés entre les organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale et l'administration fiscale, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

V. – Les 4° et 5° du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les 1° et du 2° du même I s'appliquent pour les arrêts de travail ayant débuté à compter du 1^{er} janvier 2020 et pour les travailleuses indépendantes ayant commencé leur activité à compter du 1^{er} janvier 2019, aux périodes de versement des indemnités journalières de maternité ayant débuté à compter du 1^{er} novembre 2019.

Le 3° du I s'applique aux arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Le II s'applique aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi qu'aux enfants, nés avant cette date, dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

.....

Article 48

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

V. – *(Alinéa sans modification)*

Les 1° et du 2° du même I s'appliquent pour les arrêts de travail ayant débuté à compter du 1^{er} janvier 2020 et, pour les travailleuses indépendantes ayant commencé leur activité à compter du 1^{er} janvier 2019, aux périodes de versement des indemnités journalières de maternité ayant débuté à compter du 1^{er} novembre 2019.

(Alinéa sans modification)

(Alinéa sans modification)

.....

Article 48

I. – *(Alinéa sans modification)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

1° Avant le dernier alinéa de l'article L. 723-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses de mutualité sociale agricole, avec le concours de leur service social, mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle, afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3° et 4° de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au b du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Après le 9° de l'article L. 723-11, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* De promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux ; »

3° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « , réduit en cas d'hospitalisation, » sont supprimés ;

4° Avant le dernier alinéa de l'article L. 732-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité, lorsqu'il est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf. Cette pension est calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

Texte adopté par le Sénat en première lecture

1° (*Non modifié*)

1° *bis* (nouveau) Le même dernier alinéa est complété par les mots : « du présent code » ;

2° (*Non modifié*)

2° *bis* (nouveau) À l'intitulé de la section 2 du chapitre II du titre III du livre VII, après le mot : « invalidité », il est inséré le mot : « , décès » ;

3° (*Non modifié*)

4° (*Non modifié*)

4° *bis* A (nouveau) Après l'article L. 732-9, il est inséré un article L. 732-9-1 ainsi rédigé :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

4° *bis* Au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, la référence : « 1° de l'article L. 722-10 du présent code » est remplacée par les mots : « même premier alinéa » ;

5° L'article L. 732-12-1 est ainsi modifié :

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

« Lorsque le remplacement prévu aux trois premiers alinéas du présent article ne peut pas être effectué, les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 du présent code bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires. » ;

b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation de remplacement et des indemnités journalières forfaitaires » ;

6° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 13° ainsi rédigé :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

« Art. L. 732-9-1. – Il est garanti aux ayants droit des chefs d'exploitation et d'entreprise, des aides familiaux, et des 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 dont le présent régime assure la prise en charge des frais de santé, le paiement d'un capital décès, égal à un montant forfaitaire déterminé par décret, en cas de décès des assurés mentionnés au présent alinéa ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles déterminée par décret.

« Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

« Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut aux descendants et, dans le cas où le *de cuius* ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

« Le capital est incessible et insaisissable sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration. » ;

4° *bis* (*Non modifié*)

5° (*Non modifié*)

6° (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 13° Les personnes bénéficiaires d'indemnités journalières en application des articles L. 732-4, L. 742-3, L. 751-8 et L. 752-5 du présent code, menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale ou au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du même code et à l'article L. 752-5-2 du présent code. » ;

7° L'article L. 752-5-2 est complété quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment :

« 1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;

« 2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, qui donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

« Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires. » ;

8° À la première phrase de l'article L. 752-7, les mots : « le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou l'assuré mentionné » sont remplacés par les mots : « l'assuré mentionné au I ou ».

II. – Le I de l'article L. 5213-3-1 du code du travail, dans sa rédaction résultant de l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, est ainsi modifié :

1° La première phrase est complétée par les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;

2° La seconde phrase est ainsi modifiée :

a) Après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou la caisse de mutualité sociale agricole » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ou à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime, selon le cas ».

III. – Le 3° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les 4° et 8° du I sont applicables aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les 4° bis et 5° du I s'appliquent aux indemnités relatives à des congés de maternité et de paternité débutant à compter du 1^{er} janvier 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

7° (*Non modifié*)

8° (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Alinéa sans modification*)

Les 4°, 4° bis A et 8° du I sont applicables aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2022.

(*Alinéa sans modification*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Les 1^o, 2^o, 6^o et 7^o du I et le II entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Article 48 bis

Après le 4^o de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5^o ainsi rédigé :

« 5^o Sont nécessaires pour assurer aux personnes le bénéfice de leurs droits ou permettre le versement de prestations pour lesquelles elles remplissent les conditions ~~prévues au présent code ou au code de l'action sociale et des familles~~. Lorsqu'il s'agit d'informations relatives aux coordonnées bancaires, l'organisme informe préalablement les personnes de leur utilisation pour le versement de la prestation, dans un délai et selon des modalités fixés par décret. »

Article 49

I. – L'article 373-2-2 du code civil est ainsi modifié :

1^o A Après le 5^o du I, il est inséré un 6^o ainsi rédigé :

« 6^o Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7^o de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. » ;

1^o Les cinq premiers alinéas du II sont remplacés par des II et III ainsi rédigés :

« II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1^o à 6^o du I, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier est mis en place, pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile.

« Toutefois, l'intermédiation n'est pas mise en place dans les cas suivants :

« 1^o En cas de refus des deux parents, ce refus devant être mentionné dans les titres mentionnés au I et pouvant, lorsque la pension est fixée dans un titre mentionné au 1^o du même I, être exprimé à tout moment de la procédure ;

« 2^o À titre exceptionnel, lorsque le juge estime, par décision spécialement motivée, le cas échéant d'office, que la situation de l'une des parties ou les modalités d'exécution

Texte adopté par le Sénat en première lecture

(Alinéa sans modification)

Article 48 bis

« 5^o Sont nécessaires pour assurer aux personnes le bénéfice de leurs droits ou permettre le versement de prestations pour lesquelles elles remplissent les conditions. Lorsqu'il s'agit d'informations relatives aux coordonnées bancaires, l'organisme informe préalablement les personnes de leur utilisation pour le versement de la prestation, dans un délai et selon des modalités fixés par décret. »

Article 49

I. – *(Alinéa sans modification)*

1^o A *(Non modifié)*

1^o *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant sont incompatibles avec sa mise en place.

« Lorsqu'elle est mise en place, il est 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.

« Les deuxième, troisième et cinquième alinéas du présent II ne sont pas applicables lorsque l'une des parties fait état, dans le cadre de la procédure conduisant à l'émission d'un des titres mentionnés au I, de ce que 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 l'une des parties produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice concernant le parent débiteur mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif.

« III. – Lorsque le versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier n'a pas été mis en place ou lorsqu'il y a été mis fin, l'intermédiation financière est mise en œuvre à la demande d'au moins l'un des deux parents auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales, selon les modalités prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que la pension soit fixée en tout ou partie en numéraire par un des titres mentionnés aux 1° à 6° du I du présent article.

« Lorsque l'intermédiation financière a été écartée en application du 2° du II, son rétablissement est demandé devant le juge, qui apprécie l'existence d'un élément nouveau. » ;

2° Au début de l'avant-dernier alinéa du même II, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

3° Le dernier alinéa du même II est ainsi modifié :

a) Les mots : « l'intermédiation est ordonnée dans le cas prévu au 1° du présent II » sont remplacés par les mots : « l'une des parties a fait état ou a produit les informations et éléments mentionnés au dernier alinéa du II » ;

b) Après la référence : « 4° », est insérée la référence : « et 6° ».

I bis. – À l'article 373-2-3 et au dernier alinéa de l'article 373-2-6 du code civil, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° ».

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° L'avant-dernier alinéa du même II est ainsi modifié :

a) Au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

b) (nouveau) À la première phrase, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

3° (Non modifié)

I bis. – (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

I ter. – Le IV de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7° de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 581-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , sauf lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre en application de l'article L. 582-1 ».

III. – L'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les 1° et 2° du I sont ainsi rédigés :

« 1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsque l'intermédiation financière est mise en œuvre lors de la fixation de la pension alimentaire par un titre mentionné au même II ;

« 2° À défaut, dans les conditions définies au III du même article 373-2-2. » ;

2° À la fin du c du I, les mots : « 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 » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il 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 que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur » ;

3° Au début du premier alinéa du IV, les mots : « Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, » sont supprimés ;

4° Le VII est ainsi modifié :

a) Le 2° est complété par les mots : « ou lorsque la pension alimentaire cesse d'être exigible » ;

b) À la fin du 4°, les mots : « dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil » sont remplacés par les mots : « lorsque l'une des parties a fait état, dans le cadre de la procédure ayant conduit à l'émission d'un des titres mentionnés au I de l'article 373-2-2 du code civil, de ce que le parent débiteur avait 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 a produit, dans les mêmes conditions, une décision de justice

Texte adopté par le Sénat en première lecture

I ter. – (*Non modifié*)

II. – (*Non modifié*)

III. – (*Non modifié*)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

concernant le parent débiteur, mentionnant de telles menaces ou violences dans ses motifs ou son dispositif » ;

c) À la fin du dernier alinéa, les mots : « 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 » sont remplacés par les mots : « la circonstance qu'il 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 que de telles menaces ou violences sont mentionnées dans les motifs ou le dispositif d'une décision de justice concernant le parent débiteur ».

III bis. – Au 1° de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « et 4° » est remplacée par les références : « , 4° et 5° ».

IV. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° L'article 227-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 6° » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque l'intermédiation financière des pensions alimentaires est mise en œuvre dans les conditions prévues aux II à IV de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, le fait pour le parent débiteur de demeurer plus de deux mois sans s'acquitter intégralement des sommes dues entre les mains de l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation est puni des mêmes peines. » ;

2° L'article 227-4 est ainsi rédigé :

« Art. 227-4. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende 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 :

« 1° De ne pas notifier son changement de domicile au créancier ou, lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, à l'organisme débiteur des prestations familiales, dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;

« 2° Lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues aux II et III de l'article 373-2-2 du code civil et à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de s'abstenir de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III bis. – *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

mise en œuvre de l'intermédiation financière et de s'abstenir d'informer cet organisme de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre. »

IV bis. – Après le 4^o de l'article L. 213-1 du code des procédures civiles d'exécution, il est inséré un 5^o ainsi rédigé :

« 5^o Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7^o de l'article L. 111-3. »

IV ter. – L'article 1^{er} de la loi n^o 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est complété par un 5^o ainsi rédigé :

« 5^o Une transaction ou un acte constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente en application du 7^o de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution. »

V. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes.

A. – Le II, le deuxième alinéa du III et le IV de l'article 373-2-2 du code civil et l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant des I et III du présent article, entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022. Ils s'appliquent à l'exécution des décisions judiciaires de divorce rendues à compter de cette date et, à compter du 1^{er} janvier 2023, à l'exécution des autres décisions judiciaires rendues à compter de cette même date ainsi que des titres mentionnés aux 2^o à 6^o du I de l'article 373-2-2 du code civil émis à compter de cette même date.

Le premier alinéa du III du même article 373-2-2, dans sa rédaction résultant du I du présent article, s'applique aux demandes reçues à compter du 1^{er} janvier 2022.

B. – Les II et IV du présent article entrent en vigueur le 1^{er} mars 2022.

C. – ~~Après le mot : « loi », la fin de l'article 711-1 du code pénal est ainsi rédigée : « n^o du de financement de la sécurité sociale pour 2022, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna. »~~

Texte adopté par le Sénat en première lecture

IV bis. – *(Non modifié)*

IV ter. – *(Non modifié)*

V. – *(Alinéa sans modification)*

A. – *(Non modifié)*

B. – *(Non modifié)*

C. – L'article 711-1 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 711-1. – Sous réserve des adaptations prévues au présent titre, les livres Ier à V du présent code sont applicables, dans leur rédaction résultant de la loi n^o du de financement de la sécurité sociale pour

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

.....

Article 49 ter

I. – L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « doivent, en outre, contribuer à » sont remplacés par le mot : « assurent » ;

b) Après le mot : « charge », sont insérés les mots : « d'une partie » ;

c) Sont ajoutés les mots : « , dans une école ou dans un établissement public ou privé sous contrat, dans des conditions définies par décret » ;

2° Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette prestation d'aide à la restauration scolaire, affectée au fonctionnement du service et versée en fonction du nombre de repas ou de collations servis, sont définies par décret.

« Le décret fixe des montants forfaitaires par repas ou par collation. Ces montants peuvent varier selon le niveau scolaire considéré.

« Ils sont revalorisés le 1^{er} janvier de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;

3° Le dernier alinéa est supprimé.

II. – 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 16 est ainsi rédigé :

« Art. 16. – L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2022, en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et dans les îles Wallis et Futuna. »

.....

Article 49 ter

I. – (Alinéa sans modification)

1° (Non modifié)

2° (Non modifié)

2° bis (nouveau) Après la référence : « L. 241-6 », la fin du deuxième alinéa est supprimée :

3° (Non modifié)

II. – (Non modifié)

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« 1° Au début du premier alinéa, les mots : “Les caisses d’allocations familiales assurent” sont remplacés par les mots : “La caisse de sécurité sociale de Mayotte assure” ;

« 2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : “, le cas échéant adaptés pour Mayotte” ;

« 3° Le dernier alinéa est supprimé. » ;

2° À la fin de l’article 17, les mots : « , dont le montant global est fixé annuellement par l’arrêté mentionné à l’article 16 » sont supprimés.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

.....

Article 50

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

1° L’article L. 491-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , 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, » sont supprimés ;

a bis) Au a du 2°, le mot : « onzième » est remplacé par le mot : « douzième » ;

b) Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont regardés comme des pesticides, pour l’application du présent titre, les produits phytopharmaceutiques relevant 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, les produits biocides relevant du règlement (UE) n° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l’utilisation des produits biocides, et les médicaments vétérinaires antiparasitaires au sens du 6° de l’article L. 5141-2 du code de la santé publique. » ;

2° L’article L. 752-4 est ainsi modifié :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – *(Non modifié)*

.....

Article 50

I. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

a) Au 1°, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 781-43 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Au 1° *bis*, après la référence : « L. 612-1 », sont insérés les mots : « du présent code ».

II. – Le second alinéa des articles L. 781-43 et L. 781-48 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « , à l'exception des tableaux de maladies professionnelles établis, révisés et complétés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 751-7, qui leur sont applicables lorsqu'ils ont exercé les travaux mentionnés dans ces tableaux ».

III. – Le IV de l'article 70 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Après le mot : « maritime », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « 31 décembre 2022, les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale auxquelles le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides a été délivré avant le 31 décembre 2019. » ;

2° Les 1° et 2° sont abrogés ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « à dix ans au 31 décembre 2019 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier 2013 » et l'année : « 2021 » est remplacée par l'année « 2022 ».

IV. – Les I à III du présent article sont applicables aux demandes de reconnaissance de maladie professionnelle déposées à compter de la publication de la présente loi.

Article 50 bis

I. – Dans les conditions de dialogue social définies au chapitre III du titre IV du livre III de la septième partie du code du travail, les plateformes des secteurs mentionnés à l'article L. 7342-8 du même code peuvent proposer à leurs travailleurs des prestations de protection sociale complémentaire entrant dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du code de la sécurité sociale. Ces prestations bénéficient à titre collectif à l'ensemble des travailleurs de la plateforme.

II. – Sont exclues des assiettes prévues au I des articles L. 131-6 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale les contributions des plateformes opérant dans les secteurs mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail ainsi que les cotisations versées par les travailleurs de ces plateformes qui sont destinées au financement des prestations mentionnées au I du présent article.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Alinéa sans modification)*

1° Après les mots : « jusqu'au », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « 31 décembre 2022, les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale auxquelles le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides a été délivré avant le 31 décembre 2019. » ;

2° *(Non modifié)*

3° *(Non modifié)*

IV. – *(Non modifié)*

Article 50 bis

I. – *(Supprimé)*

II. – *(Supprimé)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~III. – Les modalités d'application des I et II sont précisées par décret.~~

IV. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail peuvent opter pour une affiliation au régime général de sécurité sociale, dans les conditions et limites prévues au 37° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

V. – ~~Les I et II du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2023.~~

Article 50 ter

~~Au plus tard le 31 janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 7342-8 du code du travail.~~

.....

Article 52 bis

La première phrase de l'article L. 382-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou tout ou partie du coût du versement par ces ~~ressortissants~~, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret ».

Article 53

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

1° A Le premier alinéa de l'article L. 341-14-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'assuré dont la retraite progressive prévue à l'article L. 351-15 du présent code ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime est suspendue est réputé non bénéficiaire des dispositions des mêmes articles L. 351-15 et L. 732-29 pour l'application du présent alinéa. » ;

1° L'article L. 351-15 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « I. – L'assuré qui exerce, à titre exclusif, une activité à temps partiel, au sens de l'article L. 3123-1 du code du

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – *(Supprimé)*

IV. – *(Non modifié)*

V. – *(Supprimé)*

Article 50 ter

Supprimé

.....

Article 52 bis

La première phrase de l'article L. 382-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou tout ou partie du coût du versement par ces derniers, le cas échéant, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, dans des conditions définies par décret ».

Article 53

I. – *(Alinéa sans modification)*

1° AA (nouveau) À l'article L. 341-12 du code de la sécurité sociale, les mots : « de la rémunération » sont remplacés par les mots : « des revenus d'activité et de remplacement » ;

1° AB (nouveau) L'article L. 341-14 est abrogé ;

1° A *(Non modifié)*

1° *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

travail, ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale, réglementaire ou conventionnelle exprimée en jours peut... (*le reste sans changement*) : » ;

b) Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° De justifier d'une quotité de temps de travail comprise entre deux limites fixées par décret en Conseil d'État. » ;

c) Au cinquième alinéa, après le mot : « partiel », sont insérés les mots : « ou à temps réduit » et les mots : « l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension » sont remplacés par les mots : « cette fraction de pension est modifiée » ;

d) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :

« II. – Le présent article est également applicable :

« 1° Par dérogation au premier alinéa du I du présent article, aux assurés exerçant soit plusieurs activités salariées à temps partiel, soit plusieurs activités salariées à temps réduit, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État ;

« 2° Aux assurés exerçant à titre exclusif une activité non salariée parmi celles mentionnées à l'article L. 311-3, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. » ;

2° L'article L. 351-16 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « suspendu » est remplacé par le mot : « supprimé » ;

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

« Le service de la fraction de pension est suspendu lorsque, en dehors des cas mentionnés au premier alinéa, les conditions pour en bénéficier ne sont plus réunies. » ;

3° L'article L. 634-3-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 634-3-1. – Les prestations mentionnées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 sont, sur demande de l'assuré, liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité exercée à titre exclusif relevant de l'article L. 631-1, dans des conditions fixées par décret relatives notamment à la diminution des revenus professionnels. »

Texte adopté par le Sénat en première lecture

2° (*Non modifié*)

3° (*Non modifié*)

I bis (nouveau). – Au o du 3° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À l'article L. 732-29, les mots : « à temps partiel » sont remplacés par le mot : « réduite » ;

2° L'article L. 742-3 est ainsi modifié :

a) À la fin du dernier alinéa, les mots : « , aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « et aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du 2° du II de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 311-3 du même code est remplacée par la référence à l'article L. 722-20 du présent code. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et s'applique aux pensions de retraite liquidées à titre provisoire qui prennent effet à compter de cette date et aux pensions d'invalidité quelle que soit leur date d'effet.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, 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 1 015 millions d'euros pour l'année 2022.

II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, est fixé à 90 millions d'euros pour l'année 2022.

III. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et les

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « quatrième alinéa » sont remplacés par les mots : « cinquième alinéa du I ».

II. – *(Non modifié)*

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 et s'applique aux pensions de retraite liquidées à titre provisoire qui prennent effet à compter de cette date et aux pensions d'invalidité quelle que soit leur date d'effet, à l'exception des 1° AA et 1° AB du I qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2022.

TITRE II

DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

I. – *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

III. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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 168,3 millions d'euros pour l'année 2022.

IV. – 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, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 135 millions d'euros pour l'année 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

IV. – *(Non modifié)*

V (nouveau). – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu, mentionnée à l'article L. 4021-6 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 199,3 millions d'euros pour l'année 2022.

VI (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence de la biomédecine, mentionnée à l'article L. 1418-1 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 47,58 millions d'euros pour l'année 2022.

VII (nouveau). – Le montant de la subvention des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement français du sang, mentionné à l'article L. 1222-1 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 21,5 millions d'euros pour l'année 2022.

VIII (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, est fixé à un maximum de 10 millions d'euros pour l'année 2022. Une dotation exceptionnelle peut être accordée en 2022, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 0,52 million d'euros.

IX (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Centre national de gestion, mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, est fixé à un maximum de 27,63 millions d'euros pour l'année 2022.

X (nouveau). – Le montant de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'École des hautes études en santé publique, mentionnée à l'article L. 756-2 du code de l'éducation, est fixé à un maximum de 45,2 millions d'euros pour l'année 2022.

XI (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale d'appui à la performance des

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

établissements de santé et médico-sociaux, mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 14,64 millions d'euros pour l'année 2022.

XII (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 61,29 millions d'euros pour l'année 2022. Une dotation exceptionnelle peut être accordée en 2022, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 264 millions d'euros.

XIII (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de la Haute Autorité de santé, mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, est fixé à un maximum de 53,9 millions d'euros pour l'année 2022.

XIV (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 115,32 millions d'euros pour l'année 2022.

XV (nouveau). – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Agence nationale de santé publique, mentionnée à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, est fixé à un maximum de 186,26 millions d'euros. Une dotation exceptionnelle peut être accordée en 2022 au titre de la prévention épidémique et de la constitution de stocks stratégiques, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 2,6 milliards d'euros.

XVI (nouveau). – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-24, les mots : « arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi » :

2° À la seconde phrase du 4° de l'article L. 1222-8, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , dont le montant est fixé chaque année par la loi, » :

3° Le 2° de l'article L. 1413-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi ; »

4° Le 2° de l'article L. 1418-7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi ; »

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Article 54 bis

L'article L. 1435-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée ;

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ce bilan contient notamment une présentation :

Texte adopté par le Sénat en première lecture

5° Après le premier alinéa de l'article L. 4021-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ressources de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont constituées notamment d'une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi. » :

6° Le 5° de l'article L. 5321-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi. » :

7° L'article L. 6113-10-2 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase du 1°, les mots : « arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi » ;

b) Le 2° est complété par les mots : « dont le montant est fixé chaque année par la loi ».

XVII (nouveau). – À la première phrase du 2° de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi ».

XVIII (nouveau). – Le 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi. »

XIX (nouveau). – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :

1° À la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article 116, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi » ;

2° À la fin de la deuxième phrase de l'article 116-2, les mots : « arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « la loi ».

Article 54 bis

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

~~«1° De l'évolution du montant des dotations régionales affectées au fonds et des critères de répartition employés, notamment au regard de l'objectif de péréquation entre régions ;~~

~~«2° À l'échelon national et par région, des financements alloués aux actions, expérimentations et structures concourant aux missions mentionnées à l'article L. 1435-8 et des objectifs ainsi atteints ;~~

~~«3° Des démarches d'évaluation mises en œuvre pour améliorer l'allocation des financements par l'intermédiaire du fonds, notamment s'agissant des expérimentations.»~~

.....

Article 56 bis

Dans le cas où le risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19, il n'est pas fait application, en 2022, des trois dernières phrases du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Article 57

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 220 millions d'euros au titre de l'année 2022.

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 327 millions d'euros au titre de l'année 2022.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

.....

Article 56 bis

I. – *(Non modifié)*

II (nouveau). – Le Gouvernement transmet chaque trimestre aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées de l'examen du projet de loi de financement la sécurité sociale les prévisions de consommation des crédits de chacun des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Lorsque ces prévisions dépassent la trajectoire attendue, il justifie les raisons de ces écarts et le niveau de relèvement du montant de l'objectif national qui devrait en conséquence être demandé lors du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Article 57

I. – *(Non modifié)*

II. – *(Non modifié)*

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 4,4 milliard d'euros au titre de l'année 2022.

IV. – Les montants mentionnés à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article 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 fixés respectivement à 123,6 millions d'euros et 8,7 millions d'euros pour l'année 2022.

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 milliard d'euros au titre de l'année 2022.

IV. – *(Non modifié)*

V (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.

.....

Article 58 bis (nouveau)

I. – Afin d'atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030, une conférence sur l'équilibre et sur le financement des retraites réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs ainsi que des représentants de l'État, est chargée de formuler des propositions en recourant aux paramètres suivants, dans la limite du besoin de financement nécessaire pour rétablir cet équilibre : âge d'ouverture des droits à retraite, conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour le bénéfice d'une pension de retraite à taux plein, modalités de décote et de surcote par rapport à ce taux plein, affectation de recettes à l'assurance vieillesse, mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites.

II. – 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 remplacé par le mot : « soixante-trois » et, à la fin, l'année : « 1955 » est remplacée par l'année : « 1966 » ;

b) Après le mot : « janvier », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « 1966 et, pour ceux nés entre le 1er juillet 1962 et le 31 décembre 1965, de manière croissante à raison de trois mois par génération. » ;

c) Les 1° et 2° sont abrogés ;

2° L'article L. 161-17-3 est ainsi modifié :

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

a) À la fin du 2°, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;

b) Au 3°, l'année : « 1964 » et, à la fin, l'année : « 1966 » sont remplacées par l'année : « 1963 » ;

c) Au 4°, l'année : « 1967 » et, à la fin, l'année : « 1969 » sont remplacées par l'année : « 1964 » ;

d) Au 5°, l'année : « 1970 » et, à la fin, l'année : « 1972 » sont remplacées par l'année : « 1965 » ;

e) À la fin du 6°, l'année : « 1973 » est remplacée par l'année : « 1966 » ;

3° À la fin du 1° de l'article L. 351-8, les mots : « prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années » sont remplacés par les mots : « de soixante-sept ans ».

III. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et le calendrier selon lesquels les régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale convergent vers les paramètres définis au II du présent article avant le 1er janvier 2032.

IV. – Les II et III entrent en vigueur le 1er janvier 2023.

.....

.....

Article 61

Article 61

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche Autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 34,2 milliards d'euros.

Pour l'année 2022, les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale sont fixés à 34,4 milliards d'euros.

Article 62

Article 62

Pour l'année 2022, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

(Alinéa sans modification)

	<i>(En milliards d'euros)</i>
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,5

	<i>(En milliards d'euros)</i>
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	<u>19,6</u>

ANNEXES

ANNEXES

.....

.....

ANNEXE B

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

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 DE 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 (FSV) pour la période 2022-2025.

La crise sanitaire et économique sans précédent a conduit à dégrader fortement les comptes sociaux en 2020 et 2021. Cette dégradation relève en premier lieu de l'effondrement de l'activité économique en 2020 et du surcroît de dépenses occasionné par la crise sanitaire, mais aussi de mesures pérennes visant à rénover le système de soins, dans le cadre du Ségur de la santé, et à renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.

La reprise de l'activité économique, marquée à compter de 2021, est venue soutenir les recettes des régimes de sécurité sociale et améliorer leur situation financière par rapport à 2020. L'économie ayant mieux résisté que prévu à la crise sanitaire et économique, les prévisions financières sont améliorées à moyen terme par rapport à celles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (I). Les comptes de la sécurité sociale demeureraient toutefois fortement dégradés à moyen terme, sous l'effet de recettes durablement affectées par la crise, et d'une hausse des dépenses de la branche d'assurance maladie, que celles-ci soient ponctuelles, pour faire face à la crise sanitaire, ou structurelles (II). Au total, les branches d'assurance vieillesse et surtout d'assurance maladie seraient dans une situation de déficits élevés durant les années à venir, alors que la branche Famille et la branche Accidents du travail et maladie professionnelles (AT-MP) dégageront des excédents croissants dès 2021 à la faveur de la reprise économique. Enfin, la nouvelle branche Autonomie présenterait une trajectoire excédentaire à moyen terme, reflétant le surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) apporté en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet de la mise en œuvre des mesures relatives à l'autonomie prévues dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale (III).

I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 repose sur un scénario de net rebond de l'économie dès 2021, qui se poursuivrait en 2022

Dans un contexte épidémique qui tend à s'améliorer, et au vu de l'orientation positive des indicateurs de conjoncture économique, le Gouvernement retient une

Texte adopté par le Sénat en première lecture

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 DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Supprimée

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

hypothèse de rebond du produit intérieur brut (PIB) en volume de 6,0 % en 2021 et de 4,0 % en 2022, puis d'un retour progressif de la croissance vers son niveau potentiel. En effet, celle-ci atteindrait 1,6 % en 2023 avant de revenir durablement à 1,35 %, soit l'hypothèse de croissance potentielle de moyen terme, en ligne avec ce qui était prévu dans la dernière loi de programmation des finances publiques (LFPF).

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 :

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2029
PIB en volume ...	1,4 %	-7,9 %	6,0 %	4,0 %	1,6 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %
Masse salariale privée *	3,1 %	-5,7 %	6,2 %	6,1 %	3,9 %	3,4 %	3,4 %	3,1 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,8 %	0,9 %
OND AM..	2,6 %	9,4 %	7,4 %	-0,6 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,6 %
OND AM hors covid	2,6 %	3,3 %	6,6 %	3,8 %	2,4 %	2,3 %	2,3 %	2,6 %

** La masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat versée en 2021) progresserait de 6,6 % en 2022.*

La masse salariale du secteur privé, principal déterminant de la progression des recettes du régime général, progresserait de 6,2 % en 2021, puis à nouveau de 6,1 % en 2022, avant de revenir progressivement à son rythme tendanciel (3,9 % en 2023 puis 3,4 % à compter de 2024). L'inflation augmenterait progressivement, avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux, malgré le ralentissement de la croissance de la masse salariale.

La trajectoire présentée dans cette annexe repose, à titre conservatoire, sur une convention « hors mesures nouvelles » en économies ou en dépenses, ainsi que le prévoit la loi organique. De la même manière, la trajectoire d'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prolonge celle de la dernière loi de

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

programmation des finances publiques à partir de 2023, soit 2,4 % hors dépenses programmées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses de soutien à l'investissement des établissements de santé et médico-sociaux du Ségur diminuant à compter de 2024, l'évolution de l'ONDAM après Ségur devrait s'élever à 2,3 % en 2024 et 2025.

Le Haut Conseil des finances publiques (HCFP), dans son avis publié le 22 septembre 2021, juge « prudente » la prévision de croissance du Gouvernement en 2021 (+ 6,0 %) et « plausible » celle de 2022 (+ 4,0 %). En revanche, il estime que la prévision de l'emploi et de la masse salariale est trop basse, tant pour 2021 que 2022. Si ces aléas haussiers se matérialisaient, ils seraient de nature à améliorer la trajectoire de recettes et donc de solde de la sécurité sociale à l'horizon de la présente annexe.

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

Comme lors de la crise économique et financière de 2008, la sécurité sociale a joué un rôle majeur d'amortisseur économique et social, tant en matière de prélèvements que de dépenses. Majoritairement proportionnelles au niveau d'activité, les recettes se sont fortement contractées alors que les secondes se sont maintenues s'agissant des prestations retraite et famille, dont les déterminants ne sont pas affectés par la crise, et ont fortement progressé pour ce qui concerne la branche Maladie.

La diminution de l'activité économique s'est traduite par une baisse massive des prélèvements sociaux et des recettes fiscales perçus par la sécurité sociale en 2020. En effet, les ressources de la sécurité sociale proviennent pour une large part des revenus d'activité, qui ont régressé du fait de la crise. En outre, les mesures prises pour endiguer celle-ci et le ralentissement marqué de l'activité économique ont conduit de nombreuses entreprises à placer leurs salariés en activité partielle, dont l'indemnité est exonérée de cotisations sociales et seulement soumise, comme les allocations de chômage et en tant que revenu de remplacement, à un taux de CSG réduit. Ainsi, le recours à l'activité partielle, massif au cours du deuxième trimestre 2020 et encore élevé au cours des mois suivants, associé aux pertes d'emploi consécutives à la crise, a entraîné une forte contraction de la masse salariale privée cotisée (5,7 % sur l'année) et, par conséquent, des recettes de cotisations et de la CSG. Pour préserver l'activité économique et l'emploi, le Gouvernement a mis en place un ensemble de mesures pour soutenir les entreprises et les travailleurs indépendants, qui incluent des dispositifs d'exonérations et d'aide au paiement des cotisations et contributions sociales en faveur des secteurs les plus touchés par la crise, compensés à la sécurité sociale par l'État.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Au total, les recettes du régime général et du FSV se sont repliées de 2,9 % en 2020, les fortes baisses sur les revenus d'activité étant quelque peu compensées par l'augmentation des recettes sur les revenus de remplacement (augmentation des indemnités journalières) et par le versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de la soulte des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve des retraites (FRR) décidée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, pour un montant de 5,0 milliards d'euros.

En 2021, le dynamisme retrouvé des recettes peinerait à couvrir les dépenses supplémentaires dues à la poursuite de la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé. La résorption du déficit du régime général et du FSV serait modérée (4,0 milliards d'euros, soit une prévision de déficit de 34,6 milliards d'euros). Les recettes connaîtraient un rebond sous l'effet de la reprise économique, soutenue par les mesures de soutien aux entreprises et par le plan de relance. Les cotisations sociales du secteur privé et la CSG augmenteraient fortement, tirées par le dynamisme attendu de la masse salariale soumise à cotisations du secteur (+6,2 %). Au total, les recettes du régime général et du FSV augmenteraient de 6,6 % à périmètre constant.

S'agissant des dépenses, celles de la branche Maladie ont été très fortement affectées par la crise sanitaire et leur dynamisme se poursuit au delà de celle-ci, compte tenu des décisions plus structurelles décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Ainsi, l'ONDAM a progressé de 9,4 % en 2020, et progresserait encore de 7,4 % en 2021.

En 2022, le déficit du régime général et du FSV atteindrait 21,6 milliards d'euros, en très nette amélioration par rapport à 2021 (+13,0 milliards d'euros). Les dépenses nettes consolidées du régime général et du FSV ne progresseraient que de 0,8 %, sous l'effet notamment de la forte baisse des dépenses sanitaires directement liées à la covid. Parallèlement, les recettes du régime général et du FSV croîtraient de 3,9 %, soutenues par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+6,1 %) qui entraînerait une hausse des cotisations sociales et de la CSG (+5,0 %). Enfin, l'ensemble des impôts, taxes et contributions sociales hors CSG progresserait de 2,7 %, soit un rythme inférieur à celui du PIB, en raison de la fin de l'effet favorable temporaire des mesures de restriction de déplacement sur le rendement des taxes sur les tabacs et de la non reconduction de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire (0,5 milliard d'euros en 2021), visant à prendre en charge une partie des dépenses auxquelles l'assurance maladie obligatoire fait face dans le cadre de la gestion de l'épidémie.

Dans les projections pluriannuelles, la progression des dépenses serait proche ou légèrement inférieure à celle

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

de l'activité à compter de 2023, hormis pour les prestations vieillesse, tirées par la reprise de l'inflation.

En 2023, le déficit du régime général et du FSV poursuivrait son redressement, à 14,6 milliards d'euros. Les recettes (+3,2 %) seraient encore dynamiques du fait de la conjoncture économique (croissance de 1,6 %), à l'image des cotisations sociales qui croîtraient de 3,5 %. À partir de 2023, l'évolution des dépenses ne serait plus liée à la crise sanitaire, ni portée par la montée en charge des revalorisations du Ségur : les dépenses retrouveraient un rythme lié à la démographie et au niveau des revalorisations annuelles. Aussi, les prestations de retraite progresseraient d'environ 2,0 % par an en volume et les prestations familiales croîtraient à un rythme proche de celui de l'inflation.

En 2024, les recettes progresseraient légèrement moins rapidement, en lien avec le ralentissement de la progression attendue de la masse salariale, alors que les dépenses suivraient les mêmes déterminants qu'en 2023. En conséquence, le solde du régime général et du FSV se porterait à 13,0 milliards d'euros, en amélioration de 1,6 milliard d'euros. En 2025, le solde serait quasiment stable (-13,3 milliards d'euros), les recettes n'accéléraient pas alors que les dépenses sont tirées à la hausse par la progression de l'inflation.

III. D'ici 2025, les branches du régime général connaîtraient des évolutions très différenciées, marquées par les effets de la crise

La branche Maladie connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche Autonomie qui est notamment chargée de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement. De ce fait, le périmètre de ses dépenses se réduit de 25,9 milliards d'euros à ce titre, soit d'environ 10 %. À l'inverse, le niveau des dépenses structurelles de la branche Maladie s'accroît en raison des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur (10 milliards d'euros à horizon 2023 qui sont à la charge de la branche Maladie et de la branche Autonomie).

Après la forte évolution de la structure du financement de l'assurance-maladie en 2019 (suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations salariales inférieures à 2,5 SMIC, compensation de l'affectation d'une fraction de la CSG sur les revenus d'activité, part de la TVA porté en contrepartie à 28 % des ressources de la branche Maladie), la création de la branche Autonomie en modifie à nouveau la structure. En effet, la branche Autonomie est dorénavant affectataire de ressources de CSG portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution, principalement en provenance de la CNAM, pour un montant correspondant aux dépenses transférées. La CSG affectée à la branche Maladie se réduira donc de 25,8 milliards d'euros. De ce fait, la CSG, qui représentait 45 % des ressources de la branche Maladie en

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

2018, avant qu'une fraction soit affectée à l'assurance chômage, pèsera désormais moins du quart de ses recettes totales.

La trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM au delà de 2022 conserve les hypothèses de progression prévues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 hors Ségur. Aucune mesure nouvelle n'étant prévue en dépenses ou en recettes, la branche Maladie resterait déficitaire de près de 15 milliards d'euros en 2025.

La branche Autonomie est affectataire, à compter de 2021, d'une nouvelle recette de CSG, à hauteur de 1,93 point, portant sur l'ensemble des revenus soumis à cette contribution (28,3 milliards d'euros) et d'une fraction de taxe sur les salaires (0,6 milliard d'euros). Cette dernière vise à neutraliser, pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la charge que représente le risque de non recouvrement de ses nouvelles recettes de CSG ainsi que sa contribution au fonds national de gestion administrative de l'ACOSS.

Au total, les recettes de la branche Autonomie s'élèveront à 31,8 milliards d'euros, soit un niveau proche des besoins de financement de la branche (32,2 milliards d'euros) incluant les mesures nouvelles liées à la mise en place du Ségur de la santé dans le secteur médico-social (impact de 2,2 milliards d'euros en 2021 au titre des revalorisations salariales en établissements et à domicile et de l'investissement) visant à renforcer l'attractivité et la reconnaissance des métiers du médico-social.

En 2022, le déficit de la CNSA se creuserait, en dépit de recettes très dynamiques (+3,9 %). En effet, l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforeade ») aura un effet important sur ses dépenses. De plus, la refonte du financement des services d'aide à domicile dans le cadre du virage domiciliaire, notamment via l'application de tarifs plancher, contribuerait aussi à la hausse des dépenses, qui s'établirait à 4,6 %. Enfin, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2022, dépense pour laquelle elle bénéficiera d'un transfert en provenance de la branche Famille et qui sera donc sans impact sur son solde.

La trajectoire en dépenses de la branche Autonomie pour 2023-2025 est en partie conventionnelle s'agissant de l'évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux (l'objectif global de dépenses, composante de l'ONDAM, progresserait de 2,6 % par an). Elle intègre en revanche les mesures nouvelles de la présente loi en faveur du financement des services d'aide à domicile (dépenses hors ONDAM) et la montée en charge des dépenses liées au plan d'aide à l'investissement dans les établissements médico-sociaux, pour une dépense totale de 2,1 milliards d'euros entre 2021 et 2025.

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

En 2024, la fraction de CSG affectée à cette branche sera augmentée de 0,15 point supplémentaire (actuellement affecté à la CADES), conformément à la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie. La CNSA afficherait alors un excédent de 1,6 milliard d'euros puis de 1,7 milliard d'euros en 2025 après prise en compte de la montée en charge des mesures nouvelles proposées par la présente loi.

S'agissant de la branche AT-MP, la présente loi prévoit une hausse de 0,1 milliard d'euros du transfert à la branche Maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, sur la base de l'avis de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP, qui, dans le cadre de son rapport de 2021, s'est fondée sur les dernières données épidémiologiques pour proposer une évolution de ce montant. L'excédent de la branche doublerait en 2022 (1,3 milliard d'euros après 0,6 milliard d'euros prévus en 2021). À l'horizon 2025, la progression de ses dépenses serait contenue par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante, alors que ses recettes bénéficieraient de la conjoncture économique favorable. Son excédent serait croissant jusqu'en 2025.

Le déficit de la branche Vieillesse du régime général demeurerait stable en 2021 (3,7 milliards d'euros), alors même qu'elle ne bénéficiera plus du versement exceptionnel de la soulte des industries énergétiques et gazières (IEG) (5 milliards d'euros en 2020). Les dépenses de la CNAV accélèreraient légèrement et ses recettes progresseraient de 3,0 % (7,0 % en neutralisant le versement de la soulte).

En 2022, son solde s'améliorerait de 1,2 milliard d'euros malgré des prestations tirées par une revalorisation plus forte (1,1 % prévu après 0,4 % en 2021) cohérente avec les perspectives d'inflation, les recettes bénéficiant de l'amélioration de la conjoncture.

À moyen terme, les dépenses croîtraient à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait de la plus forte inflation à compter de 2022 et de la démographie qui conduit à une progression des dépenses hors revalorisation proche de 2,0 % par an. En conséquence, le déficit de la branche retraite du régime général s'élèverait à 7,6 milliards d'euros à horizon 2025 pour le régime général et à 9,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base vieillesse et le FSV.

La branche Famille renouerait avec l'excédent dès 2021, à hauteur de 1,2 milliard d'euros. Au titre de l'année 2022, une fraction de taxe sur les salaires sera transférée à la branche Maladie afin de compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants (1,0 milliard d'euros) supportées par cette dernière.

L'excédent s'améliorerait encore en 2022, et serait porté à 1,7 milliard d'euros, malgré la fin de montée en charge de la réforme du congé paternité (allongé de onze à

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

vingt-cinq jours à compter du 1er juillet 2021). Au vu de la démographie récente et de la baisse des naissances constatées ces dernières années, la dynamique des dépenses de la branche est à court terme avant tout liée à l'évolution de l'inflation. À l'horizon 2025, son excédent croîtrait, atteignant 5,4 milliards d'euros, les produits progressant globalement à un rythme proche de celui attendu de la masse salariale du secteur privé.

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)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Maladie								
Reettes	210,8	215,2	208,3	200,7	208,4	214,1	218,5	223,9
Dépenses	211,5	216,6	238,8	230,7	228,1	227,8	233,3	238,7
Solde	-0,7	-1,5	-30,4	-30,0	-19,7	-13,7	-14,8	-14,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Reettes	12,7	13,2	12,1	13,1	14,0	14,6	15,1	15,6
Dépenses	12,0	12,2	12,3	12,5	12,7	13,0	13,0	13,2
Solde	0,7	1,0	-0,2	0,6	1,3	1,6	2,1	2,5
Famille								

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

R e e t e s ...	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
D é p e n s e s ...	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
S o l d e	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse								
R e e t e s ...	133,8	135,7	135,9	140,0	145,3	149,2	153,4	157,5
D é p e n s e s ...	133,6	137,1	139,6	143,7	147,8	153,4	159,2	165,1
S o l d e	0,2	-1,4	-3,7	-3,7	-2,5	-4,2	-5,8	-7,6
Autonomie								
R e e t e s ...				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
D é p e n s e s ...				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8
S o l d e				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
Régime général consolidé								

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

R e e t e s ...	394, 6	402, 4	391, 6	422, 5	438, 2	451, 7	465, 7	478, 2
D é p e n s e s ...	394, 4	402, 8	427, 8	454, 7	458, 2	465, 3	478, 0	491, 2
S o l d e	0,5	-0,4	-36,2	-32,3	20,0	13,6	12,4	13,0

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
Maladie								
R e e t e s ...	212, 3	216, 6	209, 8	202, 2	209, 9	215, 6	220, 0	225, 4
D é p e n s e s ...	213, 4	218, 4	240, 2	232, 2	229, 6	229, 3	234, 8	240, 2
S o l d e	-0,8	-1,5	-30,5	-30,0	19,7	13,7	14,8	14,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
R e e t e s ...	14,1	14,7	13,5	14,6	15,6	16,4	16,7	17,2
D é p e n s e s	13,4	13,6	13,6	13,9	14,1	14,5	14,5	14,7

Texte adopté par le Sénat en première lecture

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

es ...								
S ol d e	0,7	1,1	-0,1	0,7	1,4	1,7	2,2	2,5
Famille								
R ee et te s ...	50,4	51,4	48,2	50,5	51,4	54,0	55,5	57,2
D é p e ns es ...	49,9	49,9	50,0	49,4	49,7	50,4	51,0	51,8
S ol d e	0,5	1,5	-1,8	1,2	1,7	3,6	4,5	5,4
Vieillesse								
R ee et te s ...	236,6	240,0	241,2	246,4	253,1	258,9	265,1	271,9
D é p e ns es ...	236,7	241,3	246,1	250,4	256,6	265,6	272,8	281,6
S ol d e	-0,1	-1,3	-4,9	-4,0	-3,6	-5,7	-7,6	-9,7
Autonomie								
R ee et te s ...				31,8	33,3	34,2	37,6	38,5
D é p e ns				32,2	34,2	35,0	36,0	36,8

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

Texte adopté par le Sénat en première lecture

es ...								
S ol d e				-0,4	-0,9	-0,8	1,6	1,7
Régimes obligatoires de base consolidés								
R ee et te s ...	499,9	509,1	499,3	531,3	548,4	563,9	580,0	595,1
D é p e ns es ...	499,5	509,3	536,6	563,8	569,5	578,9	594,1	610,1
S ol d e	0,3	-0,2	-37,3	32,5	21,0	15,0	14,1	15,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 2 (p)	2023 3 (p)	2024 4 (p)	2025 (p)
R ee et te s ...	17,2	17,2	16,7	17,2	17,9	18,6	19,1	19,7
D é p e ns es ...	19,9	18,8	19,1	19,6	19,5	19,5	19,7	20,0
S ol d e	-1,8	-1,6	-2,5	-2,4	-1,6	-1,0	-0,6	-0,3

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

(En milliards d'euros)

2018	2019	2020	2021 (p)	2022 2 (p)	2023 3 (p)	2024 4 (p)	2025 (p)
------	------	------	----------	------------	------------	------------	----------

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

R e e t e s ...	394, 6	402, 6	390, 8	421, 7	438, 2	452, 4	466, 7	479, 6
D é p e n s e s ...	395, 8	404, 5	429, 4	456, 3	459, 8	466, 9	479, 7	492, 8
S o l d e	-1,2	-1,9	-38,7	-34,6	-21,6	-14,6	-13,0	-13,3

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

(En milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)
R e e t e s ...	498, 6	508, 0	497, 2	529, 3	547, 2	563, 3	579, 7	595, 2
D é p e n s e s ...	500, 0	509, 7	537, 0	564, 1	569, 8	579, 3	594, 5	610, 5
S o l d e	-1,4	-1,7	-39,7	-34,8	-22,6	-16,0	-14,8	-15,3

.....

Texte adopté par le Sénat en première lecture

.....