



N° 2296

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 octobre 2019.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2020,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Édouard PHILIPPE,
Premier ministre,

PAR M. Gérard DARMANIN,
ministre de l'action et des comptes publics,

ET PAR Mme Agnès BUZYN,
ministre des solidarités et de la santé

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'action et des comptes publics et de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé, qui seront chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Fait à Paris, le 9 octobre 2019.

Signé : Édouard PHILIPPE

Par le Premier ministre :

*Le ministre de l'action
et des comptes publics*

Signé : Gérald DARMANIN

Par le Premier ministre :

La ministre des solidarités et de la santé

Signé : Agnès BUZYN

PREMIÈRE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

① Au titre de l'exercice 2018, sont approuvés :

② 1° Le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

③ (En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	212,3	213,1	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,4	0,7
Vieillesse	236,4	236,5	-0,1
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	499,7	499,3	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	498,4	499,8	-1,4

④ 2° Le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

⑤ (En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	210,8	211,5	-0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,7	12,0	0,7
Vieillesse	133,8	133,6	0,2
Famille	50,4	49,9	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,6	394,1	0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,8	-1,2

- ⑥ 3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

⑦ *(En milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Fond de Solidarité Vieillesse	17,2	19,0	-1,8

- ⑧ 4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 milliards d'euros ;
- ⑨ 5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;
- ⑩ 6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;
- ⑪ 7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le redressement des comptes du régime général s'est poursuivi en 2018 : le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse se réduit de -7,8 Md€ en 2016 à -1,2 Md€ en 2018. Cette amélioration des soldes du régime général permet de poursuivre la résorption de la dette sociale, l'amortissement réalisé par la CADES en 2017 étant nettement supérieur au montant du déficit enregistré.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2018, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits, tels qu'ils sont constatés dans les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018 figurant à l'article 1^{er}.

DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3

- ① I. – À l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale :
- ② 1° Le a du 3° est complété par les mots : « à l'exception de la contribution mentionnée au III de l'article 136-8 » ;
- ③ 2° Le b du 3° est ainsi modifié :
- ④ a) Au cinquième alinéa, le taux : « 5,03 % » est remplacé par le taux : « 4,77 % » ;
- ⑤ b) Au sixième alinéa, le taux : « 2,25 % » est remplacé par le taux : « 3,2 % » ;
- ⑥ c) Au septième alinéa, le taux : « 5,05 % » est remplacé par le taux : « 3,07 % » ;
- ⑦ 3° Au e du 3°, après les mots : « mentionnés au 2° du II », sont insérés les mots : « et du III bis » et le taux : « 1,72 % » est remplacé par le taux : « 1,98 % ».
- ⑧ II. – Au dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions visées aux 1° et 3° ».
- ⑨ III. – Le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant :
- ⑩ 1° De la modification de la rédaction de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale résultant du II de l'article 14 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du 2° du III de l'article 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociale ;
- ⑪ 2° De la modification de la rédaction de l'article L. 137-15 du même code résultant de l'article 16 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

- ⑫ 3° De la modification de la rédaction du V de l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 résultant du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociale.
- ⑬ IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1er, à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale, demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur antérieurement au 1er janvier 2019.
- ⑭ Il en est de même, jusqu'à la même date, pour les agents contractuels recrutés, au sein des mêmes juridictions, en remplacement des personnels mentionnés à l'alinéa précédent.

Exposé des motifs

Le présent article prend en compte les conséquences de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES) sur la trajectoire financière de la sécurité sociale fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il prévoit que les pertes de recettes résultant de l'avancement au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et les pertes de recettes liées à la création d'un taux de CSG intermédiaire à 6,6 % ne feront pas l'objet d'une compensation par le budget de l'Etat à la sécurité sociale, conformément aux principes établis dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Cet article tire également les conséquences de cette non-compensation sur la trajectoire de la sécurité sociale en modifiant les affectations de recettes entre les branches du régime général et avec le fonds de solidarité

vieillesse (FSV). Il neutralise ainsi ces effets sur le FSV et procède à des corrections nécessaires à la coordination des textes en vigueur.

En cohérence avec le calendrier de mise en œuvre de la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle, cet article prévoit également le maintien du financement par les organismes de sécurité sociale de la rémunération des personnels du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale jusqu'en 2020.

Article 4

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

Exposé des motifs

Après plusieurs années de croissance, les ventes de médicaments remboursables en France ont connu une baisse en 2018. Cette plus faible dynamique observée est notamment liée à la baisse du chiffre d'affaires des traitements contre le VHC qui contribue, net de remises, pour 1,1 point à la baisse globale, aux évolutions plus faibles que prévues de certains produits et au faible nombre de produits évalués comme innovants par la commission de la transparence en 2017.

Pour ne pas pénaliser l'innovation en France, le Gouvernement a annoncé un ajustement pour 2019 du taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel la contribution due par les entreprises du secteur se déclenche et a décidé de relever ce taux de 0,5 % à 1 %.

Article 5

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

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

③

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	218,7	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,6	13,5	1,2

Vieillesse	239,2	241,5	-2,3
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	506,9	510,2	-3,3
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	505,1	510,6	-5,5

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

⑤ *(En milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	214,1	217,1	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,2	12,1	1,1
Vieillesse	135,5	137,5	-2,1
Famille	51,1	50,2	0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	400,7	403,8	-3,1
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	400,0	405,4	-5,4

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

⑦ *(En milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	16,6	18,9	-2,3

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

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

- ⑩ 6° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 16 milliards d'euros.

Exposé des motifs

En 2019, les branches maladie, famille, vieillesse, accidents du travail et maladie professionnelles du régime général cumulent un déficit d'un montant de 3,1 Md€. Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse augmente de 500 millions d'euros par rapport à 2018 pour atteindre 2,3 Md€.

Article 6

- ① Au titre de l'année 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,0
Total	200,4

Exposé des motifs

La progression de l'ONDAM 2019 a été fixée à 2,5 % en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Pour la dixième année consécutive, cet objectif sera respecté, alors même que ce niveau d'ONDAM exige des efforts de tous les acteurs pour ralentir la progression spontanée des dépenses. L'évolution maîtrisée des dépenses de soins de ville permet de majorer de 130 millions d'euros la contribution de l'assurance maladie au secteur des établissements et services pour les personnes âgées, dans le cadre d'un objectif de dépenses d'assurance maladie maintenu à 200,4 Md€ en 2019.

TROISIÈME PARTIE :

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I

Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs

Article 7

- ① I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée conformément aux conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre 2 du titre 1er du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.
- ② B. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3312-5 du code de travail, les accords d'intéressement conclus entre le 1er janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.

- ③ C. – Cette prime peut être attribuée par l’employeur à l’ensemble des salariés et des agents qu’il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.
- ④ D. – L’entreprise utilisatrice mentionnée à l’article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au premier alinéa du A du I en informe l’entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L’entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l’accord ou la décision de l’entreprise utilisatrice mentionnée au III. La prime ainsi versée bénéficie de l’exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du I sont remplies par l’entreprise utilisatrice.
- ⑤ E. – Les dispositions du A sont applicables dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d’un contrat de soutien et d’aide par le travail mentionné à l’article L. 311-4 du code de l’action sociale et des familles et relevant des établissements ou services d’aide par le travail mentionnés à l’article L. 344-2 du même code lorsque ces établissements ou services ont versé, au cours des douze mois précédents, une prime d’intéressement en application des dispositions du code de l’action sociale et des familles.
- ⑥ II. – L’exonération prévue au V est applicable à la prime exceptionnelle de pouvoir d’achat bénéficiant aux personnes mentionnées au A du I lorsque cette prime satisfait aux conditions suivantes :
- ⑦ 1° Elle bénéficie aux salariés liés à l’entreprise par un contrat de travail, aux intérimaires mis à disposition de l’entreprise utilisatrice ou aux agents publics relevant de l’établissement public à la date de versement de cette prime ;
- ⑧ 2° Son montant peut être modulé selon les bénéficiaires en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective pendant l’année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Les congés prévus au chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail sont assimilés à des périodes de présence effective ;
- ⑨ 3° Elle est versée entre la date d’entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;

- ⑩ 4° Elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage. Elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise ou l'établissement public.
- ⑪ III. – Le montant de la prime ainsi que, le cas échéant, le plafond mentionné au C du I et la modulation de son niveau entre les bénéficiaires dans les conditions prévues au 2° du II font l'objet d'un accord d'entreprise ou de groupe conclu selon les modalités énumérées à l'article L. 3312-5 du code du travail ou d'une décision unilatérale de l'employeur. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L. 2311-2 du code du travail.
- ⑫ IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail, mentionnés à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale, par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.
- ⑬ V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 euros par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues aux articles 235 bis du code général des impôts et L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.
- ⑭ Elle est exclue des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale et pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 du même code.

- ⑮ VI. – Pour l’application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.

Exposé des motifs

Le Président de la République a annoncé la reconduction en 2020 de la prime exceptionnelle prévue par la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d’urgence économiques et sociales afin de favoriser le partage de la valeur ajoutée entre salariés et employeurs et de soutenir le développement des accords d’intéressement dans les conditions prévues par la loi PACTE.

Le présent article permet aux employeurs ayant mis en place un accord d’intéressement de bénéficier dans la limite de 1 000 € d’une exonération de cotisations et contributions d’origine légale ou conventionnelle et de toutes autres cotisations et contributions dues sur les primes exceptionnelles qu’ils versent à leurs salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC, à une date comprise entre la date d’entrée en vigueur de la présente loi et le 30 juin 2020.

Article 8

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au cinquième alinéa du III de l’article L. 241-10, après les mots : « prévues à l’article L. 5422-9 du code du travail », sont ajoutés les mots : « , à hauteur d’un taux ne tenant pas compte de l’application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l’article L. 5422-12 du même code » ;
- ③ 2° A l’article L. 241-13 :
- ④ a) Au I :
- ⑤ - après les mots : « et des maladies professionnelles », sont insérés les mots : « , à hauteur du taux fixé par l’arrêté mentionné à la seconde phrase du deuxième alinéa de l’article L. 241-5 » ;
- ⑥ - après les mots : « prévues à l’article L. 5422-9 du code du travail », sont insérés les mots : « , à hauteur d’un taux ne tenant pas compte de

l'application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code » ;

- ⑦ b) Au troisième alinéa du III, après les mots : « est fixé par décret », les mots : « dans la limite de la somme des taux des cotisations et des contributions mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. », sont remplacés par les mots : « , à hauteur des taux des cotisations et contributions incluses dans le périmètre de la réduction, tels qu'ils sont définis au I. » ;
- ⑧ c) Après le troisième alinéa du VII, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Dans le cas où la minoration, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la rémunération d'un salarié, la part excédentaire peut être imputée sur les contributions d'assurance chômage à la charge de l'employeur dues au titre de ses autres salariés. Le cas échéant, la part restante après cette imputation peut être imputée, selon des modalités définies par décret, sur les autres cotisations et contributions à la charge de l'employeur. L'imputation sur les cotisations et contributions autres que celles dues au titre de l'assurance chômage donne lieu à une compensation de façon qu'elle n'ait pas d'incidence pour les régimes de sécurité sociale ou les organismes auxquels ces cotisations et contributions sont affectées. »
- ⑩ II. – Après le premier alinéa de l'article L. 5553-11 du code des transports, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'exonération de la contribution d'assurance contre le risque de privation d'emploi prévue à l'alinéa précédent s'applique sur la base du taux de cette contribution ne tenant pas compte des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 du même code. »
- ⑫ III. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑬ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

La réforme de l'assurance chômage prévoit, dans les secteurs où le taux de séparation entre employeurs et salariés est le plus élevé, une modulation des contributions patronales finançant ce régime en fonction du

taux de séparation observé dans les entreprises, afin d'inciter les employeurs à réduire le recours à des contrats de courte durée. Dans ce cadre, il est nécessaire de prévoir une adaptation des modalités de calcul de la réduction générale des cotisations patronales, ainsi que de plusieurs autres dispositifs d'exonérations prévoyant une diminution des contributions d'assurance chômage.

Les dispositifs qui conduisent à faire évoluer les taux de cotisations en fonction d'une logique propre prenant en compte la situation des redevables doivent être indépendants des autres dispositifs d'allègement de cotisations sociales, pour que leurs effets ne soient pas neutralisés par ces-derniers. Ainsi, de même que les cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ne font pas l'objet d'exonérations pour leur part qui varie en fonction de la sinistralité imputable aux employeurs, il est proposé de ne pas prendre en compte la modulation du taux de la contribution d'assurance chômage dans le calcul des exonérations, afin que l'effet incitatif du bonus ou du malus soit pleinement préservé et que celui-ci n'ait pas d'incidence financière sur les dispositifs d'exonérations concernés.

Article 9

- ① I. – Après le 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :
- ② « 5° *bis* Dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.
- ③ « Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »
- ④ II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et aux agents contractuels de droit public en application du I et du III de l'article 72 de la

loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.

- ⑤ Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties.
- ⑥ III.– Les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables aux pertes de recettes résultant de l'application du I et du II.

Exposé des motifs

L'article 72 de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a créé un dispositif de rupture conventionnelle pour les agents publics appartenant aux trois fonctions publiques. Il s'appliquera à compter du 1er janvier 2020. La rupture conventionnelle constitue un cas supplémentaire de cessation définitive de fonction entraînant, selon la situation de l'agent, la fin de la relation contractuelle ou la radiation des cadres et la perte de la qualité de fonctionnaire.

Afin d'aligner les règles d'assujettissement social de ce nouveau dispositif applicable aux agents publics sur le dispositif de rupture conventionnelle applicable aux salariés du secteur privé, le présent article prévoit d'exclure l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle du secteur public de l'assiette des cotisations et contributions sociales selon les mêmes règles de plafonnement que celles applicables à la rupture conventionnelle. Cette exemption d'assiette ne fait pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'Etat à la sécurité sociale, conformément aux principes établis dans le rapport remis au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

CHAPITRE 2

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « Ce décret précise également les modalités selon lesquelles les créances de ces organismes sont admises en non-valeur. » ;
- ④ 2° A l'article L. 133-5-3, il est inséré, après le II *bis*, un II *ter* ainsi rédigé :
- ⑤ « II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des employeurs et organismes mentionnés aux I et II *bis*, au moyen d'un dispositif unifié, les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale. » ;
- ⑥ 3° Il est inséré, après l'article L. 133-5-3, un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 133-5-3-1.* – Les déclarants sont informés des résultats des vérifications d'exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées par les organismes auxquels sont destinées les données déclarées.
- ⑧ « En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En cas de carence, les organismes auxquels la déclaration a été adressée peuvent procéder d'eux-mêmes à cette correction.
- ⑨ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes destinataires et les modalités d'organisation garantissant la simplicité et le caractère coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;
- ⑩ 4° À l'article L. 133-5-4 :
- ⑪ a) Au premier alinéa, les mots : « ou l'inexactitude des données déclarées » sont remplacés par les mots : « , l'inexactitude des données déclarées ou l'absence de correction dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 » ;
- ⑫ b) Au deuxième alinéa, les mots « sont constatés le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude » sont remplacés par les mots : « le manquement est constaté » ;

- ⑬ 5° L'article L. 213-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑭ « *Art. L. 213-1 – I.* – Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent :
- ⑮ « 1° Le recouvrement de l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés, autres que ceux mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime et au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports, et de leurs employeurs, à l'exception des cotisations mentionnées à l'article L. 213-1-1 du présent code ;
- ⑯ « 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7 et L. 652-9 ;
- ⑰ « 3° Le recouvrement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 du présent code dues par les personnes mentionnées à l'article L. 640-1 dans les cas prévus au II de l'article L. 613-7 et à l'article L. 642-4-2 ;
- ⑱ « 4° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5212-9, L. 3253-18, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;
- ⑲ « 5° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;
- ⑳ « 6° Le contrôle des cotisations, versements et contributions mentionnés au présent I, sauf pour les éléments dont le contrôle est confié par la loi à un autre organisme.
- ㉑ « II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.
- ㉒ « Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.

- ②③ « Une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences en matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux dans des conditions fixées par décret. » ;
- ②④ 6° Il est inséré, après l'article L. 213-1, un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :
- ②⑤ « *Art. L. 213-1-1.* – Les dispositions du 1° de l'article L. 213-1 ne sont pas applicables au recouvrement :
- ②⑥ « 1° De la cotisation mentionnée au 2° de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;
- ②⑦ « 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;
- ②⑧ « 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent, comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an. » ;
- ②⑨ 7° A l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ③⑩ 8° A l'article L. 225-1-1 :
- ③⑪ a) Le 3° est supprimé ;
- ③⑫ b) Le 5° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑬ « 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 7524.
- ③⑭ « L'Agence centrale assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.
- ③⑮ « Par dérogation à l'alinéa précédent, le versement est effectué à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes :
- ③⑯ « 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 ;

- ③⑦ « b) Pour les cotisations mentionnées aux articles L. 5212-9, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail.
- ③⑧ « Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.
- ③⑨ « Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code après le 1^{er} janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.
- ④⑩ « Sans préjudice de l'application des dispositions prévues aux cinq alinéas précédents, l'Agence centrale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- ④⑪ « Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale met à disposition des tributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ④⑫ c) Le 5° *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④⑬ « 5° *bis* De recevoir le produit global des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés et de le répartir entre ces régimes et ces fonds conformément aux dispositions du même article ; »
- ④⑭ d) Il est inséré, après le 7°, un 7° *bis* ainsi rédigé :
- ④⑮ « 7° *bis* De compenser la perte de cotisations effectivement recouvrées résultant, pour l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail, du dispositif de réduction dégressive prévu à l'article L. 241-13 ; »
- ④⑯ 9° La section 1 du chapitre 5 du titre 2 du livre 2 est complétée par un article L. 225-1-5 ainsi rédigé :

- ④⑦ « Art. L. 225-1-5. – 1° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse aux régimes mentionnés à l'article L. 921-4 les montants correspondant à la prise en charge après réception des justificatifs nécessaires à leur établissement.
- ④⑧ « 2° Pour l'exercice de sa mission prévue au 7° *bis* de l'article L. 225-1-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la notification et le versement des contributions encaissées à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci.
- ④⑨ « La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées en application des *a, b, d, e* et *f* du même article L. 5427-1 et par l'organisme mentionné à l'article L. 133-9 du présent code est centralisée, sur la base des informations transmises par les organismes chargés du recouvrement de ces contributions, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui reverse les montants et notifie les produits correspondants à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article L. 5427-1 du code du travail. » ;
- ⑤⑩ 10° L'article L. 225-6 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤⑪ « Art. L. 225-6. – I. – Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches mentionnés à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.
- ⑤⑫ « II. – Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° *bis* de l'article L. 225-1-1 et, le cas échéant, des troisième à septième alinéas du 5° du même article sont couvertes par les branches mentionnées à l'article L.200-2, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches. Les sommes mises à la charge de l'Agence centrale en application des dispositions du 7° de l'article L. 225-1-1 sont couvertes par la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;
- ⑤⑬ 11° L'article L. 243-3 est abrogé ;
- ⑤⑭ 12° L'article L. 243-6-7 est abrogé ;
- ⑤⑮ 13° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 243-7 sont abrogés ;

- ⑤6 14° Au premier alinéa de l'article L. 382-17, les mots : « le recouvrement des cotisations et » sont supprimés ;
- ⑤7 15° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.
- ⑤8 II. – Le code des transports est ainsi modifié :
- ⑤9 1° Le III de l'article L. 5542-5 est abrogé ;
- ⑥0 2° A l'article L. 5549-2, les mots : « du III de l'article L. 5542-5 et » sont supprimés ;
- ⑥1 3° L'article L. 5553-16 est abrogé.
- ⑥2 III. – L'article L. 141-10 du code des juridictions financières est ainsi modifié :
- ⑥3 1° Au quatrième alinéa, les mots : « branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 » ;
- ⑥4 2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du présent code. »
- ⑥5 IV. – Au deuxième alinéa de l'article L. 43-1 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, les mots : « versées à » sont remplacés par les mots : « gérées par ».
- ⑥6 V. – À l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires :
- ⑥7 1° Le troisième alinéa est complété par les mots : « Elle est recouverte dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑥8 2° Le cinquième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥9 « Cette cotisation est obligatoirement retenue par les notaires et autres organismes employeurs et versée par eux à l'organisme de recouvrement compétent en même temps que la cotisation mentionnée au 1°. » ;

- 70 3° Au dernier alinéa, les mots : « par le décret en Conseil d'Etat » sont remplacés par les mots : « par voie réglementaire ».
- 71 VI. – Au quatrième alinéa de l'article 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et au quatrième alinéa de l'article 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les mots : « envers la » sont remplacés par les mots : « envers le régime géré par la ».
- 72 VII. – La loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifiée :
- 73 1° À l'article 16 :
- 74 a) Au premier alinéa du I, les mots : « de recouvrer et de contrôler les cotisations, dans les conditions prévues au III, » sont supprimés ;
- 75 b) Le III est abrogé ;
- 76 2° A la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».
- 77 VIII. – Le X de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est abrogé.
- 78 IX. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve des dispositions suivantes :
- 79 1° Les dispositions du 12° du I du présent article, abrogeant l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale et celles du 13° du I, modifiant L. 243-6-7 du même code, sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;
- 80 2° Les dispositions du 5° du I du présent article, relatives à la compétence de recouvrement des union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, du 6° du I, prévoyant des dérogations à ce champ de compétence, des troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tels qu'ils résultent

du b du 8° du I, prévoyant l'instauration d'un taux forfaitaire de déduction visant à tenir compte du risque de non-recouvrement, du second alinéa de l'article L. 225-5 du même code tel qu'il résulte du 10°, en tant que ces dispositions prévoient la couverture par les branches du régime général des charges pouvant résulter de ce forfait pour l'Agence centrale et celles du VII modifiant la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

- ⑧1 3° Par dérogation, les dispositions mentionnées dans l'alinéa précédent sont applicables :
- ⑧2 a) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2020, aux cotisations dues pour la couverture des prestations en nature d'assurance maladie et maternité mentionnées au B du paragraphe 8 de l'article 23 du statut national du personnel des industries électriques et gazières et aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports au titre des rémunérations déclarées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ;
- ⑧3 b) Pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2021, aux cotisations mentionnées aux articles L. 5553-1 et L. 5555-1 du code des transports autres que celles mentionnées au a ci-dessus ;
- ⑧4 c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1^{er} janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;
- ⑧5 4° Les dispositions du 14° du I, relatives au recouvrement des cotisations des assurés du régime des cultes, les dispositions du 15° du I, relatives aux sûretés applicables au recouvrement des cotisations des agents non titulaires de la fonction publique et le V, modifiant la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2023 ;

- ⑥ 5° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du III, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes visés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 de ce code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;
- ⑦ 6° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues aux alinéas précédents du présent VI ainsi qu'au *B* du III de l'article 37 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et, en ce qui concerne le 9° du I du présent article, au *A* du III de l'article 67 de la même loi, peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder un an. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.
- ⑧ X. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des dispositions complétant les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes visés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.
- ⑨ Le projet de loi ratifiant cette ordonnance est déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

Exposé des motifs

L'unification des réseaux de recouvrement constitue un enjeu fort de transformation des relations des administrations avec les personnes redevables de prélèvements obligatoires. Le recouvrement des prélèvements obligatoires est en effet aujourd'hui assuré par une multitude d'acteurs, dans le champ fiscal comme dans le champ social, qui conduisent à répliquer la mise en œuvre de démarches similaires pour les contribuables et les cotisants – avec de plus ou moins légères variantes en termes de processus ou de doctrine auxquels les redevables doivent s'adapter, ce qui est source de complexité. Indépendamment même des performances individuelles de chaque entité, cet éclatement du

recouvrement est, comme ont pu le documenter la Cour des comptes et plusieurs inspections, source d'inefficience pour le fonctionnement de l'action publique.

L'objectif du Gouvernement est ainsi d'unifier, à l'horizon de l'année 2025, le recouvrement des prélèvements obligatoires respectivement au sein des sphères fiscale et sociale en même temps que seront développées à cet horizon des synergies et services communs entre la DGFIP et les URSSAF. Dans tous les cas où cela est utile, des collaborations ou mutualisation avec les URSSAF seront néanmoins recherchées. Compte tenu de l'intégration déjà mise en œuvre par les caisses de MSA, qui agissent dans un secteur économique autonome, l'action de ces organismes en matière de recouvrement demeurera inchangée.

Au sein de la sphère sociale, le mouvement d'unification est déjà à l'œuvre autour des URSSAF, qui historiquement ont précisément été conçues pour mettre en place une organisation autonome dédiée et spécialisée sur le recouvrement des cotisations. Il s'est traduit en 2011 par le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage. Il se déploie avec une autre opération d'ampleur qui s'achève, le transfert intégral des missions de recouvrement de l'ex régime social des indépendants (RSI).

L'article complète ainsi les missions des URSSAF pour ne plus les limiter au recouvrement des cotisations du régime général. Il fixe le calendrier des transferts qui en résulteront progressivement pour les régimes salariés, jusqu'en 2023. Cette simplification concernera la quasi-totalité des employeurs du secteur privé, qui acquitteront auprès des URSSAF les cotisations jusqu'ici payées à l'AGIRC-ARRCO, mais aussi les employeurs des régimes spéciaux et les employeurs publics. Le calendrier du transfert du recouvrement des cotisations des autres régimes doit encore faire l'objet de travaux complémentaires compte tenu de la spécificité du calcul des cotisations de certaines professions et sera précisé d'ici le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans la logique de conseil promue par la loi pour un Etat au service d'une société de confiance, les URSSAF développeront les démarches d'accompagnement des employeurs dans l'accomplissement de leurs obligations déclaratives : le présent article permet de développer les informations mises à disposition des entreprises pour faciliter le respect de leurs obligations (emploi de travailleurs handicapés, accidents du travail, bonus-malus en matière d'assurance chômage...) et de leur signaler les anomalies identifiées dans les déclarations en proposant des corrections.

Article 11

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 35° de l'article L. 311-3, les mots : « 8° et 9° » et : « 8° de l'article L. 613-1 » sont respectivement remplacés par les mots : « 6° et 7° » et : « 6° de l'article L. 611-1 » ;
- ③ 2° L'article L. 613-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
 - ④ « *Art. L. 613-2. I.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 et ne relevant pas de l'article L. 613-7 ont l'obligation de déclarer les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées par ce dernier. Dans le cas où il ne peut y être recouru, les travailleurs indépendants souscrivent une déclaration directement auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.
 - ⑤ « Ces organismes sollicitent et reçoivent de l'administration fiscale les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions sociales dues par chaque travailleur indépendant. Ces informations peuvent être transmises aux organismes de sécurité sociale mentionnés précédemment à la demande du travailleur indépendant lui-même.
 - ⑥ « Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités de réalisation de ces échanges sont déterminées par décret en Conseil d'État.
 - ⑦ « II. - Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I sont tenus de procéder par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.
 - ⑧ « III. - Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. » ;
- ⑨ 3° L'article L. 613-5 est abrogé ;
- ⑩ 4° L'article L. 613-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑪ « *Art. L. 613-8.* – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 déclarent chaque mois ou chaque trimestre leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. » ;
- ⑫ 5° A l'article L. 662-1, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑬ « Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »
- ⑭ II. - Après l'article L. 98 B du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 98 C ainsi rédigé :
- ⑮ « *Art. L 98 C.* – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale communiquent à l'administration fiscale, avant le 30 juin de chaque année, les éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 du même code placés sous le régime d'imposition prévu à l'article 151-0 du code général des impôts. Cette communication comporte le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques aux seules fins de la vérification par l'administration fiscale de la fiabilité des éléments d'identification des personnes physiques figurant dans les traitements de données relatives à l'assiette, au contrôle et au recouvrement de l'impôt sur le revenu. Les modalités de réalisation de cette communication sont déterminées par décret en Conseil d'État. »
- ⑯ III. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑰ 1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après les mots : « chapitre III *bis* », sont insérés les mots : « du titre III » ;
- ⑱ 2° Après l'article 28-11, il est inséré un article 28-12 ainsi rédigé :
- ⑲ « *Art. 28-12.* – Les dispositions de la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;
- ⑳ 3° Il est créé un chapitre VI ainsi rédigé :

- ⑳ « *CHAPITRE VI*
- ㉑ « *Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants*
- ㉒ « *Art. 28-13.* – Pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants au titre de leurs revenus d'activité mentionnés au II de l'article 28-1, il est fait application des règles, modalités, garanties et sanctions prévues par le code de la sécurité sociale et mises en œuvre par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale. »
- ㉓ IV. – Le 2° et le 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.
- ㉔ Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les dispositions des articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code restent applicables dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.
- ㉕ Le 2° du III s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} avril 2020 pour les créations d'entreprises intervenues à compter de cette même date. Les travailleurs indépendants ayant débuté leur activité avant cette date peuvent demander jusqu'au 31 mars 2020 l'application de ces dispositions à compter du 1^{er} avril 2020 pour les cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020.
- ㉖ Le 3° du III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

Dans la continuité de la simplification des démarches administratives et plus particulièrement de la simplification des formalités pour les travailleurs indépendants, il est proposé de procéder à la fusion des déclarations sociales et fiscales de revenus auxquels ces derniers sont astreints. En effet, les travailleurs indépendants remplissent chaque année deux déclarations distinctes, l'une auprès de la sécurité sociale des travailleurs indépendants à partir de laquelle sont calculées leurs cotisations et contributions sociales et l'autre à l'administration fiscale à partir de laquelle sont calculés leurs impôts. Or, elles servent dans les deux cas à déclarer les revenus pour calculer les cotisations et contributions sociales

ainsi que l'impôt : ces deux déclarations présentent donc de nombreuses redondances. Leur unification permettra aux travailleurs indépendants de ne faire plus qu'une seule déclaration au lieu de deux actuellement et simplifiera ainsi notablement les relations entre les redevables et les administrations.

Enfin, de manière plus spécifique, pour accompagner le développement économique de Mayotte par une simplification des démarches administratives des travailleurs indépendants, il est proposé d'étendre le régime micro-social (ou micro-entrepreneur) à ce territoire d'outre mer : ce dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu pour les petites activités économiques pourrait apporter une solution appropriée pour faciliter la création d'entreprise dans ce territoire.

Article 12

- ① I. – 1° À titre expérimental, les personnes recourant aux services mentionnés au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail peuvent adhérer, pour des périodes d'activité comprises entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021, à un dispositif dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes couverte par les aides auxquelles elles sont éligibles, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.
- ② 2° Ce dispositif est ouvert, après acceptation par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale, aux personnes volontaires mentionnées au 1°, domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts et relevant d'une des catégories suivantes :
 - ③ a) Particuliers employeurs mentionnés au 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ;
 - ④ b) Particuliers recourant à un organisme prestataire défini au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail ;
- ⑤ 3° Le dispositif mentionné au 1° tient compte des aides et prestations sociales suivantes :
 - ⑥ a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 231-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- ⑦ b) Une aide spécifique dont le montant maximum est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret, le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes concernées. Par dérogation à l'article 1665 bis du code général des impôts, le montant de l'aide spécifique perçue s'impute sur le montant du crédit d'impôt accordé au titre des dépenses supportées pour des prestations de services mentionnées au 2° de l'article L. 7232-6 du code du travail, dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3. de l'article 199 sexdecies du code général des impôts. Lorsque le montant de l'aide spécifique perçue par un foyer excède celui du crédit d'impôt calculé, l'excédent est régularisé lors de la liquidation de l'impôt. L'acompte prévu à l'article 1665 bis du code général des impôts est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique ;
- ⑧ 4° Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation.
- ⑨ II. – Pour les particuliers mentionnés au a du 2° du I, les aides et prestations mentionnées au 3° du I sont attribuées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.
- ⑩ Pour les particuliers mentionnés au b du 2° du I, l'organisme prestataire défini au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont il relève de la réalisation des prestations, et porte à sa connaissance l'identité du bénéficiaire du service, le montant total dû et la nature des prestations effectuées. A moins que le particulier et le prestataire s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3° du I du présent article.
- ⑪ III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :
- ⑫ 1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives :

- ⑬ a) A la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;
- ⑭ b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3° du I, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 sexdecies du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;
- ⑮ 2° Avec les présidents des conseils départementaux participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives aux personnes, aux montants et à la nature des prestations sociales bénéficiant aux personnes mentionnées au 2° du I, ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;
- ⑯ 3° Avec les organismes prestataires définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux personnes mentionnées au b du 2° du I, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.
- ⑰ IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans.

Exposé des motifs

La multiplicité des dispositifs d'aide financière à l'emploi à domicile revêt une complexité certaine, en tant qu'elles sont versées par différents organismes, à des dates et selon des modalités disparates, et elle représente un frein à l'accès aux droits lorsque des avances de trésorerie demeurent nécessaires. Le Gouvernement souhaite donc faire bénéficier, en temps réel, les particuliers de l'ensemble des dispositifs d'aides auxquels ils ont droit en les rendant contemporaines des charges qu'elles visent à couvrir. Il s'agit d'un enjeu majeur pour le maintien à domicile des personnes âgées ou en perte d'autonomie, priorité du Gouvernement dans le cadre des travaux engagés sur le grand âge et l'autonomie.

Le Gouvernement propose ainsi d'expérimenter une contemporanéisation du bénéfice des aides financières ouvertes aux particuliers utilisateurs du dispositif « CESU » et les particuliers ayant recours à un service d'aide à domicile prestataire.

L'expérimentation sera réalisée à partir de mi-2020 dans quelques départements, et associera des prestataires et adhérents volontaires. Il

s'agira de créer un « compte individuel » centralisant les aides financières de chaque utilisateur dont le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile et les aides octroyées par les départements (allocation personnalisée d'autonomie – APA – et prestation de compensation du handicap - PCH).

A l'issue de la phase d'expérimentation, l'utilisation du « compte individuel » a vocation à être étendue progressivement à l'ensemble de la population du CESU, à d'autres aides financières puis à d'autres offres de service comme PAJEMPLOI.

Article 13

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A l'article L. 133-4-2 :
- ③ a) Au premier alinéa du III, les mots : « dans les cas mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7 » sont remplacés par les mots : « lorsque les faits concernent un mineur soumis à l'obligation scolaire ou une personne vulnérable ou dépendante mentionné aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » et les mots : « ou des salariés régulièrement déclarés » sont insérés après les mots : « de l'activité » ;
- ④ b) Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- ⑤ « V. – Les dispositions du III sont applicables au donneur d'ordre. » ;
- ⑥ 2° A l'article L. 133-4-5 :
- ⑦ a) Au deuxième alinéa, les mots : « aux deuxième et troisième alinéa de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑧ b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑨ « Lorsqu'il est fait application des dispositions prévues au III de ce même article, pour le calcul de la proportion des réductions et exonérations annulées prévu au deuxième alinéa de ce même III les rémunérations des salariés du donneur d'ordre sont substituées à celles des salariés de la personne contrôlée. » ;
- ⑩ 3° La dernière phrase du I de l'article L. 133-5-5 est supprimée ;

- ⑪ 4° Au III de l'article L. 243-6-2, les mots : « A compter du 1^{er} janvier 2019 » et les mots : « d'allègements et de réductions » sont supprimés.
- ⑫ II. – Le II de l'article 23 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est complété par les mots : « sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants. »
- ⑬ III. – Le *b* du 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

Exposé des motifs

Le renforcement de la confiance des cotisants dans le système de financement de la sécurité sociale nécessite de leur offrir un service simple et accessible, garantissant la sécurité de leurs démarches et une relation de confiance avec les organismes de recouvrement.

L'article comporte ainsi plusieurs dispositions pour faciliter et sécuriser le paiement des cotisations sociales dues par les employeurs et améliorer la simplicité et la lisibilité des démarches :

– Généraliser la dématérialisation des moyens de paiement, à l'instar de ce qui a déjà été réalisé pour les travailleurs indépendants, et à l'issue de la dématérialisation intégrale des déclarations sociales permise par la DSN, en donnant accès à un panel de moyens de paiement dématérialisés sécurisés et souples à l'usage des redevables ;

– Élargir le contenu du bulletin officiel en ligne de la sécurité sociale, légalement opposable, visant à regrouper l'ensemble des informations et précisions données par l'administration pour l'application de la législation en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales ;

– Étendre le bénéfice d'une disposition favorable aux cotisants adoptée en LFSS pour 2019 pour que les annulations des exonérations de cotisations sociales puissent être modulées en fonction de l'importance de la faute commise, quel que soit le nombre de salariés.

Article 14

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A la section 4 *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale :
 - ③ a) Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 114-10 deviennent l'article L. 114-10-1. Ce dernier est modifié comme suit :
 - ④ - après le mot : « contrôle », sont ajoutés les mots : « mentionnés aux articles L. 11410 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;
 - ⑤ - après le mot : « prestations », sont ajoutés les mots : « et le recouvrement des cotisations et contributions » ;
 - ⑥ b) Le cinquième alinéa de l'article L. 114-10 est supprimé ;
 - ⑦ c) L'article L. 114-10-1 devient l'article L. 114-10-1-1 ;
- ⑧ 2° Au I de l'article L. 133-1 :
 - ⑨ a) Au premier alinéa, les mots : « l'inspecteur du recouvrement ou » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
 - ⑩ b) Au second alinéa, les mots : « l'inspecteur ou par » et les mots : « mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- ⑪ 3° Au premier alinéa de l'article L. 243-7, le mot : « inspecteurs » est remplacé par les mots : « agents chargés du contrôle » ;
- ⑫ 4° A l'article L. 243-7-6, les mots : « l'employeur » sont remplacés par les mots : « le cotisant » ;
- ⑬ 5° A l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;
- ⑭ 6° Au deuxième alinéa de l'article L. 243-15, après les mots : « le cas échéant », sont ajoutés les mots : « qu'elle a obtenu la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code de du travail ou » ;

- ⑮ 7° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 862-5 est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑯ « Sous réserve des dispositions du chapitre II du titre VI du livre VIII, la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général. »
- ⑰ II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après les mots : « à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale » sont insérés les mots : « ainsi que selon les dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».
- ⑱ III. – À l'article L. 1251-47 du code du travail, après les mots : « inspecteur du travail », sont ajoutés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

Exposé des motifs

La lutte contre la fraude au détachement constitue un axe de travail majeur des organismes de recouvrement. Elle peut concerner deux types de fraude aux cotisations sociales :

– Le recours abusif au détachement, qui consiste à rattacher un travailleur à un pays dans lequel les cotisations sociales sont plus faibles afin de diminuer le coût du travail, alors que les conditions d'exercice de l'activité professionnelle ne répondent pas aux conditions du détachement ;

– Le détachement fictif, qui est allégué par l'employeur pour ne pas payer de cotisations dans le pays d'activité. L'employeur ne déclarant pas, non plus, le salarié dans le pays d'origine, il échappe ainsi à tout prélèvement.

Les redressements opérés dans le cadre de la fraude au détachement ont fortement progressé en 2018 pour dépasser 130 millions d'euros. Toutefois, certains freins méritent d'être levés en facilitant les échanges d'informations et en assouplissant l'organisation des organismes de sécurité sociale. À cet effet, il est proposé :

– D'élargir les capacités d'investigation des agents de contrôle sans qu'ils soient contraints par le régime d'affiliation de la personne contrôlée ;

– De donner la possibilité aux organismes de mobiliser l'ensemble des agents chargés du contrôle habilités et agréés à la lutte contre le travail dissimulé, afin de gagner en souplesse et efficacité ;

– De vérifier le respect de leurs obligations de garantie financière pour la délivrance aux entreprises de travail temporaire de leurs attestations de conformité par les Urssaf ou caisses de la MSA ;

– D'aligner les sanctions aujourd'hui différentes entre le code rural et le code de la sécurité sociale.

CHAPITRE 3

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

- ① I.- Le livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A.- Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :
- ③ *« Section 4*
- ④ *« Contribution à la charge des exploitants d'un ou plusieurs produits ou prestations, « inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pris en charge au titre « de l'article L. 162-22-7*
- ⑤ *« Art. L. 138-19-8. – Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, est supérieur à un montant Z, déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les entreprises exploitant ces produits ou prestations au sens de l'article L. 165-1-1-1 sont assujetties à une contribution.*
- ⑥ *« La prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 est subordonnée à l'assujettissement des dépenses remboursées*

afférentes à ces produits et prestations à la contribution prévue par le présent article.

- ⑦ « *Art. L. 138-19-9.* – L’assiette de la contribution définie à l’article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l’assurance maladie au titre de l’année civile mentionné à ce même article, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.
- ⑧ « La Caisse nationale d’assurance maladie, pour le compte de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, ou l’agence en charge des systèmes d’information mentionnés à l’article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.
- ⑨ « Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants des remises mentionnées au premier alinéa du présent article.
- ⑩ « *Art. L. 138-19-10.* – Le montant total de la contribution est égal à la différence entre le montant remboursé par l’assurance maladie au cours de l’année civile mentionné à l’article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4, et le montant Z mentionné au même article L. 138-19-8. La contribution n’est pas due lorsque ce montant est négatif.
- ⑪ « La contribution due par chaque exploitant redevable est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu’il exploite, calculé selon les modalités définies à l’article L. 138-19-9.
- ⑫ « Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l’année civile considérée, au titre des produits et prestations mentionnés à l’article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d’hospitalisation conformément à l’article L. 162-22-7.
- ⑬ « *Art. L. 138-19-11.* – En cas de scission ou de fusion d’une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

- ⑭ « *Art. L. 138-19-12.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l’objet d’un versement au plus tard le 1er juillet suivant l’année civile au titre de laquelle la contribution est due.
- ⑮ « Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l’article L. 213-1, désigné par le directeur de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d’affaires réalisé au cours de l’année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l’année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.
- ⑯ « *Art. L. 138-19-13.* – Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l’assurance maladie. » ;
- ⑰ B. – Après l’article L. 165-1-1, est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :
- ⑱ « *Art. L. 165-1-1-1.* – L’exploitant d’un produit de santé autre qu’un médicament est le fabricant ou un distributeur de ce produit, en assurant l’exploitation. L’exploitation comprend la commercialisation, ou la cession à titre gratuit, sur le marché français du produit sous le nom propre, sous la raison sociale ou sous la marque déposée de l’exploitant. Lorsqu’un mandataire agit pour le compte d’un fabricant, le mandataire est regardé comme étant l’exploitant.
- ⑲ « Lorsque l’exploitant n’est pas le fabricant du produit, et qu’il ne détient pas les droits exclusifs de sa commercialisation, il est tenu, ainsi que l’ensemble des exploitants de ce même produit incluant le cas échéant le fabricant, de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le fabricant et toute information permettant l’identification certaine du produit. Ces informations doivent notamment permettre d’identifier l’ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises. Les modalités d’application du présent alinéa sont précisées par décret. ».
- ⑳ II.- Le A du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l’année 2020, le montant Z mentionné à l’article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l’assurance maladie au cours de l’année 2019 en France métropolitaine, en

Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 dues au titre de l'année 2019.

Exposé des motifs

La mesure introduit un mécanisme de sauvegarde lié aux dépenses de dispositifs médicaux de la liste en sus, comparable à celui qui prévaut pour les médicaments : si la dépense remboursée progresse plus vite que la cible, les entreprises exploitant les produits concernés reverseraient le surplus de dépenses à l'assurance maladie. Ce mécanisme n'a pas vocation à se déclencher, mais à favoriser la négociation conventionnelle entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises, ainsi que le bon usage des produits. La clause de sauvegarde constitue donc une mesure équilibrée qui permet de sécuriser dans la durée le financement des dispositifs médicaux de la liste en sus par l'assurance maladie.

Article 16

Pour l'année 2020, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est égal à 1,005 multiplié par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du même article L. 138-10 par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale dues au titre de l'année 2019 et de la contribution due au titre de l'année 2019 en application de l'article L. 138-10.

Exposé des motifs

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, modifié lors de la LFSS pour 2019 pour simplifier le mécanisme de sauvegarde relatif aux dépenses de médicaments, a instauré la nécessité de fixer chaque année par la loi le montant M au-delà duquel les entreprises du médicament sont assujetties à une contribution. Le présent article fixe ce montant pour l'année 2020. Le montant retenu, correspondant à une progression du

chiffre d'affaires de 0,5 % par rapport à l'année 2019, est conforme aux engagements du Conseil stratégique des industries de santé.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, après les mots : « autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 » ;
- ③ 2° À l'article L. 131-7 :
- ④ a) Avant le premier alinéa, il est inséré un : « I » ;
- ⑤ b) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « II. – Le I n'est pas applicable :
- ⑦ « 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5 bis du III de l'article L. 136-1-1, au 3 bis de l'article L. 136-8, aux huitième, onzième et douzième alinéa de l'article L. 137-15, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au deuxième alinéa de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;
- ⑧ « 2° A la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;
- ⑨ 3° À l'article L. 131-8 :
- ⑩ a) Au 1° :
- ⑪ - Au deuxième alinéa, le taux : « 44, 97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;
- ⑫ - Au troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;

- ⑬ - Au quatrième alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;
- ⑭ - Le cinquième alinéa est supprimé ;
- ⑮ *b)* Au 3° :
- ⑯ - Le a) est remplacé par des dispositions ainsi rédigées :
- ⑰ « A la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :
- ⑱ « - 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III bis ;
- ⑲ « - 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ; »
- ⑳ - au troisième alinéa du b le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;
- ㉑ - au c, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;
- ㉒ 4° Après l'article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :
- ㉓ « Art. L. 612-5-1. – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;
- ㉔ 5° Le cinquième alinéa de l'article L. 622-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉕ « Le service des prestations mentionnées au présent article est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;
- ㉖ 6° L'article L. 632-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉗ « Art. L. 632-2. – Le service des prestations mentionnées à la présente section est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 2111 et

L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

- 28 7° L'article L. 635-4-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 29 « Art. L. 635-4-1. – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents au sont prévues par décret.
- 30 « La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. »
- 31 II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 32 1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 46,60 % » ;
- 33 2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 40,05 % » est remplacé par le taux : « 39,59 % » ;
- 34 3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».
- 35 III. – A l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et sociale, les mots : « à la Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

- ③⑥ IV. – Le II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est abrogé.
- ③⑦ V. – Par dérogation au I de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la compensation de l'exonération prévue à l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004 pour l'exercice 2020 est déterminée forfaitairement.
- ③⑧ VI. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑨ « Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 du même code. »
- ④⑩ VII. – Le XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- ④⑪ 1° Au quinzième alinéa, après le mot : « dissoutes » sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par décret, en liquidation » ;
- ④⑫ 2° Au b du 4° :
- ④⑬ a) Les mots : « Au 1er janvier 2020 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;
- ④⑭ b) Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;
- ④⑮ c) Après les mots : « et d'invalidité-décès » sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale » ;
- ④⑯ 3° Au c du 4°, après les mots : « tous les autres » sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;
- ④⑰ 4° Après le c, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :
- ④⑱ « Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées à l'alinéa suivant sont transférés au 1er janvier 2020 au groupement d'intérêt

économique « Système d'information Sécu-Indépendants ». Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

- ④⑨ 5° Au vingt-cinquième alinéa, après les mots : « de quelque nature que ce soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l'article 879 du code général des impôts ».
- ⑤⑩ VIII. – Les XVI à XVIII de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 sont abrogés.
- ⑤⑪ IX. – À compter de l'année 2020, la caisse mentionnée à l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l'article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce dernier, de l'arrêt, au 1er janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi n°2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.
- ⑤⑫ Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l'évolution des ressources et des charges résultant de l'arrêt des recrutements pour chacun des organismes.
- ⑤⑬ A défaut de signature de cette convention avant le 1er juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.
- ⑤⑭ X. – A compter du 1er janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au septième alinéa de l'article 7 de l'ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieurement au 1er janvier 2019 sont prises en charge par l'Etat.
- ⑤⑮ XI. – Pour l'année 2020, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des

personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, dans la limite de 50 millions d'euros, par des crédits prélevés pour une partie sur ceux mentionnés au a de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres.

- ⑤⑥ XII. – A l'exception du X, les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1er janvier 2020.

Exposé des motifs

Le présent article procède à des transferts de recettes entre branches et organismes de sécurité sociale.

En premier lieu, il organise la répartition de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et de la taxe sur les salaires (TS) entre les branches pour prendre en compte l'effet sur celles-ci en année pleine du renforcement des allègements généraux élargis aux cotisations patronales d'assurance chômage, le transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ainsi que de la suppression de la taxe sur les huiles affectée au régime complémentaire de retraite des non-salariés agricoles.

En deuxième lieu, il abroge les dispositions relatives aux transferts de dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et en tire les conséquences en supprimant également l'affectation de fractions de contribution sociale généralisée (CSG) qui devait permettre de l'amortir.

En troisième lieu, cet article prévoit l'instauration d'une compensation entre le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) d'une part, et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'AGIRC-ARRCO d'autre part, afin de neutraliser la perte de ressources résultant, pour le régime spécial de retraite du personnel de la SNCF, de l'arrêt, au 1er janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l'article 3 de la loi du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

Il prévoit par ailleurs de réduire forfaitairement la compensation due par l'Etat au titre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes (JEI).

Il prévoit également la finalisation de la réforme du RSI, par le transfert aux organismes nationaux et locaux du régime général, de droits et obligations afférents à la gestion administrative de chaque caisse déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, et au Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), des disponibilités, capitaux propres, créances et dettes représentatives des droits et obligations directement afférents à la mise en œuvre de l'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès dont bénéficient les travailleurs indépendants.

Afin de poursuivre et intensifier l'appui au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), un financement de 50M€ par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est prévu en 2020 après une première étape en 2019.

Article 18

Est approuvé le montant de 5,1 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'Etat en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,1 Md€ en 2020. Le montant est stable par rapport au montant de crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2019.

Article 19

- ① Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

②

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	223,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4
Vieillesse	244,1	247,3	-3,2
Famille	51,0	50,3	0,7

Toutes branches (hors transferts entre branches)	517,1	521,3	-4,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	516,2	521,8	-5,6

Exposé des motifs

En 2020, les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale cumulent un déficit de 4,2 milliards d'euros. Le Fonds de solidarité vieillesse présente quant à lui un déficit de 1,4 milliard d'euros, en résorption par rapport à 2019.

Article 20

- ① Pour l'année 2020, sont approuvés les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

- ② *(En milliards d'euros)*

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Vieillesse	139,0	141,7	-2,7
Famille	51,0	50,3	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	409,5	413,2	-3,8
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	409,7	414,8	-5,1

Exposé des motifs

En 2020, les branches du régime général cumuleront un déficit de 3,8 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du FSV présenterait quant à lui un déficit de 5,1 milliards d'euros.

Article 21

- ① I. - Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
- ② II. - Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.
- ③ III. - Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

④

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

- ⑤ IV. - Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à :

⑥

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes	0
Total	0

Exposé des motifs

En 2020, la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 72,5 Md€, 188 Md€ ayant déjà été amorti par la caisse. La CADES amortira 16,7 milliards d'euros au cours de l'année 2020, soit 700 millions d'euros de plus qu'en 2019 et 1,3 milliards d'euros de plus qu'en 2018. Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra donc à un rythme accéléré.

Article 22

- ① I. – Sont habilités en 2020 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

② *(En millions d'euros)*

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} au 31 janvier	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF – période du 1 ^{er} février au 31 décembre	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 ^{er} janvier au 31 août 2020	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - période du 1 ^{er} septembre au 31 décembre 2020	2 700

- ③ II.- Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

- ④ « Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget. »

Exposé des motifs

Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 39 milliards d'euros pour l'exercice 2020. En effet, en dépit du déficit prévisionnel du régime général et du FSV de 5,1

milliards d'euros en 2020, il n'est pas nécessaire de relever le plafond de plus d'un milliard d'euros par rapport à l'exercice 2019.

Des plafonds spécifiques sont également prévus, en fonction de l'évolution de leur situation financière, pour la couverture intégrale des besoins de trésorerie du régime des exploitants agricoles (CCMSA), du régime de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), du régime spécial des industries électriques et gazières (CNIEG), du régime spécial des agents de la SNCF (CPRP SNCF) et du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires locaux et hospitaliers (CNRACL).

Par ailleurs, le présent article vise à encadrer la rémunération des avances consenties par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à des organismes n'entrant pas dans le champ de la sécurité sociale. L'objectif est d'éviter que cette intervention de l'ACOSS en dehors de son cœur de compétence ne la conduise à proposer à ces tiers des conditions beaucoup plus avantageuses que celles dont ils bénéficieraient dans des conditions normales de marché.

Article 23

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2020 à 2023), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Exposé des motifs

La nouvelle trajectoire pluriannuelle de recettes et de dépenses des branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale tire les conséquences des dispositions du projet de loi, de l'effet de la suppression de la hausse de la CSG acquittée par une partie des retraités depuis le 1er janvier 2018, décidée dans la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, et d'une conjoncture économique moins favorable que celle anticipée l'année dernière. Le retour à l'équilibre du régime général de sécurité sociale est désormais prévu pour 2023.

QUATRIÈME PARTIE :
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR
L'EXERCICE 2020**

TITRE I^{ER}

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SOINS

CHAPITRE I^{ER}

Réformer le financement de notre système de santé

Article 24

- ① I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Art. L. 162-23-16. – I. – Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine et par dérogation à l'article L. 162-22-6, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé du territoire ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ils bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité, lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée ;
- ③ « II. – Ils bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté, et à financer l'indemnité prévue à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée aux professionnels de santé libéraux exerçant

dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

- ④ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- ⑤ II. – A l'article L. 162-23-16 ainsi rédigé, à la date d'entrée en vigueur de l'article L. 6111-3-1 nouveau du code de la santé publique tel qu'issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, après la première occurrence du mot : « missions », sont ajoutés les mots : « précisées aux 1° à 4° du II de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique ».
- ⑥ III. – L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :
- ⑦ « Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1, peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa. »

Exposé des motifs

La réforme des hôpitaux de proximité s'inscrit dans des évolutions très structurantes portées par la stratégie de transformation du système de santé. C'est une nouvelle organisation des soins qui est proposée, au sein de laquelle les acteurs sont recentrés sur leur cœur de métier et d'expertise. Cela nécessite le renforcement des soins primaires par une structuration des acteurs de premier recours et une redéfinition des niveaux de recours hospitaliers sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins. Des mécanismes et dispositifs de coordination entre ces différents offreurs sont également à renforcer, en vue notamment de favoriser la fluidité des parcours. Dans ce cadre, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a redéfini les hôpitaux de proximité en fonction de leurs missions, et les ordonnances prises en application de celle-ci proposeront des modalités de gouvernance et d'organisation propres pour permettre à ces établissements de constituer un véritable trait d'union entre le monde hospitalier et la médecine de ville.

Le présent article propose des modalités de financement adaptées aux missions des hôpitaux de proximité. Le modèle repose sur deux volets :

– D'une part, la mise en œuvre d'une garantie de financement pluriannuelle qui vise à sécuriser le financement de l'activité socle des hôpitaux de proximité, à savoir leur activité de médecine, et à inciter au développement d'actions de prévention et d'amélioration de la coordination des soins plutôt qu'à une logique d'accroissement du nombre d'actes réalisés ;

– D'autre part, la création d'une dotation de responsabilité territoriale qui sera allouée à l'hôpital de proximité sur une base contractualisée avec les acteurs du territoire et les tutelles au titre de ses missions complémentaires et partagées avec la ville. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultations de spécialités ainsi que l'accès à des plateaux techniques et des équipements de télésanté. Elle permettra également aux hôpitaux de proximité d'indemniser les médecins libéraux qui y exercent, pour des temps « non cliniques », afin de favoriser l'exercice mixte en ville et en hôpital de proximité.

Enfin, la qualité et la sécurité des soins étant une exigence croissante et légitime de l'ensemble des usagers du système de santé, le modèle proposé prendra en compte, dans ses deux volets de financement, les résultats des hôpitaux de proximité en matière de qualité des prises en charge.

Article 25

- ① I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;
- ③ 2° L'article L. 162-23-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « *Art. L. 162-23-3.* – Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. » ;

- ⑤ 3° Au I de l'article L. 162-23-4 :
- ⑥ a) Le 1° est abrogé ;
- ⑦ b) Les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement des 1°, 2° et 3° ;
- ⑧ c) Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :
- ⑨ « 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; » ;
- ⑩ 4° Au I de l'article L. 162-23-5 :
- ⑪ a) La référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;
- ⑫ b) Les mots : « servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article » sont supprimés ;
- ⑬ 5° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 162-23-6-1.* - Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6 sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;
- ⑮ 6° A l'article L. 162-23-7, les mots : « au 2° » sont remplacés par les mots : « au 1° » ;
- ⑯ 7° A l'article L. 162-23-10, après les mots : « aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « et la dotation forfaitaire mentionnée au L. 162-23-3, ».
- ⑰ II. - A. - Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, est ainsi modifié :

- ⑱ 1° Le A est abrogé ;
- ⑲ 2° La date : « 31 décembre 2019 » est remplacée dans toutes ses occurrences par la date : « 31 décembre 2020 », à l'exception de celle figurant au F qui est remplacée par la date « 28 février 2023 » ;
- ⑳ 3° La date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée dans toutes ses occurrences par la date : « 1^{er} janvier 2021 » ;
- ㉑ 4° La date : « 28 février 2022 » est remplacée dans toutes ses occurrences par la date : « 28 février 2026 » ;
- ㉒ 5° La date : « 1^{er} mars 2022 » est remplacée dans toutes ses occurrences par la date : « 1^{er} mars 2026 », à l'exception de celle figurant au C ;
- ㉓ 6° Dans le G, les mots : « au 2° » sont remplacés par les mots « au 1° » ;
- ㉔ 7° Il est ajouté un H ainsi rédigé :
- ㉕ « H. - Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2026, pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-23-4 du même code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'Etat. » ;
- ㉖ B.- Aux V et VI de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de l'article 68 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les dates : « 31 décembre 2019 » sont remplacées par la date : « 31 décembre 2020 ».
- ㉗ III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉘ 1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;
- ㉙ 2° A l'article L. 162-21-2 :

- ③⑩ a) Les mots : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- ③⑪ b) Les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;
- ③⑫ 3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots « de l'article » ;
- ③⑬ 4° Au 2° de l'article L. 162-22, les mots : « à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article 162-22-6 et conformément à l'article L. 174- 1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;
- ③⑭ 5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est abrogée ;
- ③⑮ 6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;
- ③⑯ 7° A l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;
- ③⑰ 8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie :
- ③⑱ « *Sous-section 3*
- ③⑲ « *Dispositions relatives aux activités de psychiatrie*
- ④⑰ « *Art. L. 162-22-18. - I. – Chaque année est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.*
- ④⑱ « Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.
- ④⑲ « Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou

médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.

- ④③ « Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.
- ④④ « II. – Cet objectif est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :
 - ④⑤ « 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins et des projets de développement de nouvelles activités ;
 - ④⑥ « 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'Etat détermine les catégories de dotations complémentaires ;
 - ④⑦ « 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.
- ④⑧ « III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte de la démographie, des caractéristiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories mentionnées au L. 162-22-6, ainsi que des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et de leurs déclinaisons territoriales.
- ④⑨ « La répartition de la dotation populationnelle entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités.
- ⑤⑩ « Le montant des dotations régionales issues de la dotation populationnelle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

- ⑤1 « Art. L. 162-22-19. – I. – Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :
- ⑤2 « 1° Une dotation issue de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire ;
- ⑤3 « 2° Des dotations complémentaires tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure.
- ⑤4 « 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;
- ⑤5 « 4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.
- ⑤6 « II. – Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'Etat pour chaque établissement. Ce montant est établi :
- ⑤7 « 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;
- ⑤8 « 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité, liés d'une part à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités, d'autre part, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;
- ⑤9 « 3° Pour la dotation mentionnée au 3° du I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;
- ⑥0 « 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.
- ⑥1 « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en conseil d'État. » ;
- ⑥2 9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de

gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;

- ⑥3 11° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-26, les mots : « la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 » ;
- ⑥4 12° A l'article L. 165-7, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » sont supprimés ;
- ⑥5 13° L'article L. 174-1 est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑥6 « *Art. L. 174-1. - I. -* Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :
- ⑥7 « 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;
- ⑥8 « 2° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;
- ⑥9 « 3° L'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;
- ⑦0 « 4° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- ⑦1 « 5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;
- ⑦2 « 6° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné ;
- ⑦3 « 7° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.
- ⑦4 « Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de

financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

- ⑦⑤ « Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.
- ⑦⑥ « II. - Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'État. » ;
- ⑦⑦ 14° L'article L. 174-1-1 est abrogé ;
- ⑦⑧ 15° Aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 174-1-2 la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;
- ⑦⑨ 16° A l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 » est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;
- ⑧⑩ 17° A l'article L. 174-2-2 :
- ⑧⑪ a) Au premier alinéa, les mots : « au 7° de l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « au 6° de l'article L. 174-1 » ;
- ⑧⑫ b) A la fin du premier alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 6° » ;
- ⑧⑬ 18° A l'article L. 174-5, la référence « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence « L. 174-1 » ;
- ⑧⑭ 19° A l'article L. 174-12 :
- ⑧⑮ a) Au premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;
- ⑧⑯ b) Au deuxième alinéa, les mots : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-19 » ;
- ⑧⑰ 20° A l'article L. 174-15 :
- ⑧⑱ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑧9 « Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. » ;
- ⑨0 b) Au troisième alinéa, devenu le quatrième, les mots : « aux 1° » sont remplacés par les mots : « aux 1, 2° » ;
- ⑨1 c) Après le sixième alinéa, devenu le septième, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨2 « Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au troisième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-18. » ;
- ⑨3 21° L'article L. 174-15-1 est abrogé.
- ⑨4 22° A l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 ».
- ⑨5 IV. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑨6 1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les mots : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;
- ⑨7 2° Au premier alinéa de l'article L. 6131-5, après la référence : « L. 174-1 » sont insérés les mots : « ou à l'article L. 162-22-19 » ;
- ⑨8 3° Au premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;
- ⑨9 4° Au I de l'article L. 6145-4 :
- ⑩0 a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence « 4° » ;
- ⑩1 b) Après le 4°, il est ajouté un 5° ainsi rédigé :
- ⑩2 « 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »
- ⑩3 V. - Le 5° du I, les III et IV du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

Dans le cadre de la réforme du financement du système de santé, cette mesure vise à mettre en œuvre la réforme du financement de la psychiatrie et rénover celle des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie doit permettre de rassembler les acteurs publics et privés dans un modèle de financement commun respectueux de leurs spécificités et permettant une mise en cohérence de l'offre sur les territoires. Ces nouvelles modalités de financement auront également pour objectif d'inciter les établissements de santé mentale à s'inscrire dans des démarches de qualité et de favoriser l'introduction et la diffusion de traitements et modes de prises en charge innovants. Le développement de la recherche sera également encouragé, notamment en pédopsychiatrie.

Les établissements de psychiatrie seront financés majoritairement par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et/ou de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge et la recherche.

L'entrée en vigueur de ce nouveau modèle de financement pour la psychiatrie est prévue en 2021 après une année de préparation et d'accompagnement de l'ensemble des acteurs afin que cette réforme soit mise en œuvre dans les meilleures conditions. Des mesures d'accompagnement permettront de limiter les effets revenus pour les établissements.

S'agissant du financement des activités de soins de suite et de réadaptation, en cohérence avec les orientations de la réforme du financement du système de santé et pour tirer les conséquences des travaux menés avec les acteurs hospitaliers pour déterminer les orientations stratégiques concernant l'organisation de l'offre de soins de SSR, l'évolution proposée conduit à définir un modèle de financement mixte assis sur :

- Une part de valorisation à l'activité, qui doit permettre de répondre à un double objectif : améliorer la qualité des prises en charge et en garantir l'homogénéité sur l'ensemble du territoire national et mieux valoriser les prises en charge spécialisées, en réponse au besoin de la population ;

– Une part forfaitaire, qui doit permettre de garantir la visibilité et la stabilité financière attendue par les acteurs et d’accompagner la transformation des organisations, en soutenant le développement de l’ambulatoire ainsi que l’innovation organisationnelle et technologique.

Cette évolution conduit également à reporter d’un an la date d’entrée en vigueur du modèle cible de financement des SSR, celle-ci étant désormais fixée au 1er janvier 2021 afin de finaliser les travaux techniques sur la base de ce modèle rénové.

Article 26

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du I de l’article L. 160-13, après les mots : « où les soins sont donnés. », sont insérés les mots : « La participation de l’assuré aux frais d’hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l’article L. 162-20-1. » ;
- ③ 2° Il est créé un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 162-20-1. – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l’article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau de l’activité de l’établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l’assuré mentionnée à l’article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l’article L. 162-22.
- ⑤ « Dans les établissements mentionnés au d et e de l’article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l’article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l’assuré mentionnée à l’article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l’article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l’assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° de l’article L. 162-22.
- ⑥ « II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I servent également, en fonction de la catégorie de l’établissement où les soins sont donnés et de l’activité à laquelle ils se rapportent :

- ⑦ « 1° A l'exercice des recours contre tiers ;
- ⑧ « 2° A la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
- ⑨ « 3° A la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174- 20.
- ⑩ « III. – Par exception aux 2° et 3° du II, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 lorsque le patient :
- ⑪ « 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;
- ⑫ « 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;
- ⑬ « 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application des dispositions de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑭ « 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application des dispositions de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ⑮ 3° Aux articles L. 162-22-10 et L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;
- ⑯ 4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;
- ⑰ 5° Au 2° de l'article L. 162-22-11-1, les mots : « permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) » sont remplacés par les mots : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 » ;
- ⑱ 6° A l'article L. 174-15 :
- ⑲ a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11 » est supprimée ;

- ⑳ *b)* Au troisième alinéa, les mots : « L. 162-20-1 et », sont insérés après les mots : « les articles » ;
- ㉑ 7° A l'article L. 175-1, les mots : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 174-1 ».
- ㉒ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉓ 1° A l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;
- ㉔ 2° A l'article L. 6162-9, les mots : « , le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale », sont remplacés par les mots : « et le plan global de financement pluriannuel » ;
- ㉕ III. – Au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la date : « 2019 » est remplacée par la date : « 2020 ».
- ㉖ IV. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur le 1er janvier 2021.
- ㉗ Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur à la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi.
- ㉘ Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les dispositions du I et du II entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.
- ㉙ V. – A compter du 1er janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale

journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

③⑩ A compter de la date la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du même code, dans sa rédaction issu de la présente loi, est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

③⑪ A compter de la date prévue au V de l'article 25 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162- 23-8 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

Exposé des motifs

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, a été mis en place un dispositif transitoire permettant aux hôpitaux publics et aux établissements privés à but non lucratif de continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP), initialement définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS). La présente mesure vise à mettre fin à cette situation transitoire, qui à terme aurait conduit à opérer d'importants transferts de recettes entre secteurs, entre établissements, et entre assurance maladie obligatoire et complémentaire :

– D'une part, en pérennisant le système du calcul du ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations pour les établissements concernés ;

– D’autre part en le rationalisant en introduisant une nomenclature simplifiée et nationale des TJP, afin de s’assurer que ceux-ci reflètent davantage le coût effectif du service.

Cette réforme entrera progressivement en vigueur à partir de 2021.

Article 27

Par dérogation au dernier alinéa de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, l’ensemble des actes et prestations inscrits sur une liste mentionnée à cet article, à la date d’entrée en vigueur de la présente loi, font l’objet d’un examen en vue d’une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans. Un décret en Conseil d’Etat, qui peut déroger aux dispositions du deuxième alinéa du même article, fixe les modalités de cette révision, notamment l’organisation des travaux et la composition des instances se prononçant sur la hiérarchisation.

Exposé des motifs

L’engagement a été pris dans le cadre de la stratégie de transformation de notre système de santé « Ma santé 2022 » de mettre à jour les nomenclatures et la classification générales des actes professionnels. Ce travail s’impose en effet pour accompagner le développement de la qualité et de la pertinence des soins. La nomenclature des actes médicaux et paramédicaux, ainsi que des soins assurés par les établissements, doit correspondre à l’état de l’art médical et ne pas favoriser des techniques ou des modes de prise en charge obsolètes ou moins efficaces. Il s’agit également d’améliorer le caractère descriptif des actes quand cela est nécessaire afin de mieux appréhender l’activité des professionnels. Ce chantier associera les professionnels de santé, les sociétés savantes, la Haute autorité de santé et l’Assurance Maladie, en ce qui concerne les nomenclatures des actes professionnels.

Les modalités de mise en œuvre des orientations prévues dans cet article seront concertées avec les acteurs concernés.

Article 28

- ① I.- Le livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② A. – A l’article L. 162-17-9 :
- ③ 1° Au premier alinéa :

- ④ a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 ou distributeurs au détail » ;
- ⑤ b) Les mots : « mentionnés à l'article L. 165-1 » sont supprimés ;
- ⑥ 2° Au troisième alinéa :
- ⑦ a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;
- ⑧ b) Après les mots : « des distributeurs » sont insérés les mots : « au détail » ;
- ⑨ 3° Au quatrième alinéa :
- ⑩ a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- ⑪ b) Les mots : « mentionnés auxdits articles L. 165-1 » sont supprimés ;
- ⑫ B. – A l'article L. 165-1 :
- ⑬ 1° Au troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- ⑭ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑮ « L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits, et le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficacité des dépenses d'assurance maladie.
- ⑯ « La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions des articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogable un an, pour une catégorie de produits et prestations comparables. La procédure peut conduire à exclusion de la

prise en charge, pour la période précédemment mentionnée, les produits ou prestations comparables les moins avantageux au regard des critères de sélection. La procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un produit ou une prestation remboursable, une entreprise en situation de monopole. » ;

⑰ 3° Au cinquième alinéa, devenu le septième alinéa, après les mots : « la liste, » sont insérés les mots : « les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;

⑱ 4° Au dernier alinéa, après les mots : « leur finalité », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;

⑲ C. – A l'article L. 165-1-2 :

⑳ 1° Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;

㉑ 2° Au premier alinéa du II, les mots : « au fabricant ou à son mandataire ou au distributeur » sont remplacés par les mots : « à l'exploitant » ;

㉒ 3° Au troisième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

㉓ 4° Au quatrième alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

㉔ 5° Au III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

㉕ D. – A l'article L. 165-1-4 :

㉖ 1° Au I, les mots : « le fabricant ou pour le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou pour le distributeur au détail » ;

㉗ 2° Au II, après la première occurrence du mot : « La » sont insérés les mots : « prescription ou la », après la première occurrence de la référence : « L. 165-1 » le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent », après les mots : « pour le » sont insérés les

mots : « prescripteur ou le » et après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;

②8 3° Au IV :

②9 a) Au premier alinéa, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « du prescripteur, de l'exploitant ou du distributeur au détail » ;

③0 b) Le 2° est complété par les mots : « par l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

③1 c) Après le 2° il est inséré un 3° ainsi rédigé :

③2 « 3° D'un montant maximal de 10 000 euros par an en cas de méconnaissance par le prescripteur de ses obligations mentionnées au II » ;

③3 d) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

③4 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. » ;

③5 E. – Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-6 et L. 165-1-7 ainsi rédigés :

③6 « *Art. L. 165-1-6.* – La mise en œuvre de la procédure de référencement mentionnée à l'article L. 165-1 peut impliquer un engagement des exploitants ou des distributeurs au détail à fournir des quantités minimales de produits et prestations sur le marché français en cas de sélection de ces produits ou prestations et à garantir une couverture suffisante du territoire français, pendant l'intégralité de la période d'application du référencement, y compris la durée maximale de son éventuelle prorogation. La procédure de référencement précise le contenu de ces engagements.

③7 « Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 165-1 ou relancer une nouvelle procédure de référencement

pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés.

- ③⑧ « Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :
- ③⑨ « 1° Supprimer le référencement des produits ou prestations concernés ;
- ④⑩ « 2° Prononcer une pénalité financière à l'encontre des exploitants ou des distributeurs au détail concernés, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ;
- ④① « 3° mettre à la charge financière des exploitants ou distributeurs au détail concernés les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en produits ou prestations sélectionnés ou en raison d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4.
- ④② « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment les règles relatives au respect par les exploitants ou les distributeurs au détail de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français.
- ④③ « *Art. L. 165-1-7.- I.* – Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition de dispositifs remis en bon état d'usage ainsi que de leurs modalités d'acquisition et de prise en charge.

- ④④ « En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ④⑤ « II. – Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste :
- ④⑥ « 1° Subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical ;
- ④⑦ « 2° Fixer le montant de la consigne mise à la charge de l'assuré pour bénéficier de la prise en charge du dispositif médical.
- ④⑧ « La consigne mentionnée au 2° ne peut donner lieu à aucune prise en charge, au titre d'aucune prestation ou allocation. Elle est rétrocédée à l'assuré par l'assurance maladie lorsqu'il restitue le dispositif conformément au 1°, sauf lorsque l'état du dispositif médical est anormalement détérioré.
- ④⑨ « III. – La prise en charge des produits mentionnés au I et des prestations éventuellement associées peut être subordonnée à l'identification de chacun d'entre eux à l'aide de codes qui leur sont propres et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation du produit, à l'identification du patient en bénéficiant, ainsi qu'aux opérations de réparation et de maintenance.

- ⑤⑩ « Ces informations sont collectées au sein d'un système d'information dénommé « Enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux », mis en œuvre par l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique.
- ⑤⑪ « Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤⑫ F. – A l'article L. 165-2 :
- ⑤⑬ 1° Au I :
- ⑤⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- ⑤⑮ b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- ⑤⑯ 2° Après le 8° du II de l'article L. 165-2, il est inséré un 9° ainsi rédigé :
- ⑤⑰ « 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;
- ⑤⑱ G. – A l'article L. 165-2-1 :
- ⑤⑲ 1° Au premier alinéa :
- ⑥① a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- ⑥② b) Les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;
- ⑥③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- ⑥④ H. – Après l'article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :
- ⑥⑤ « Art. L. 165-2-2.- Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article

L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.

- ⑥5 « Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'Etat ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.
- ⑥6 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.
- ⑥7 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑥8 « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au Comité économique des produits de santé.
- ⑥9 « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦0 I. – A l'article L. 165-3 :
- ⑦1 1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

- 72 2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 73 J.- A l'article L. 165-3-3 :
- 74 1° Au I, chacune des occurrences du mot : « fabricants » est remplacée par le mot : « exploitants » et chacune des occurrences du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » ;
- 75 2° Au II, après chacune des occurrences du mot : « distributeurs » ou du mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;
- 76 3° Au III :
- 77 a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;
- 78 b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeur » sont insérés les mots : « au détail » ;
- 79 4° Au V :
- 80 a) Au premier alinéa :
- 81 i) Les mots : « un fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant, un distributeur au détail » ;
- 82 ii) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 83 iii) Les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;
- 84 iiiii) Les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;
- 85 b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 86 K. – A l'article L. 165-4 :
- 87 1° Au I, les mots : « fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

- 88 2° Au II :
- 89 a) Au premier alinéa :
- 90 i) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 91 ii) Les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;
- 92 b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 93 c) Au troisième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 94 L. – A l'article L. 165-4-1 :
- 95 1° Au I, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 96 2° Au II :
- 97 a) Au premier alinéa :
- 98 i) Les mots : « un fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « un exploitant ou un distributeur au détail » ;
- 99 ii) Les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 100 b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 101 M. – A l'article L. 165-5 :
- 102 1° Au I :
- 103 a) Au premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 104 b) Au deuxième alinéa :
- 105 i) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

- 106) *ii)* Les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l’exploitant ou du distributeur au détail » ;
- 107) 2° Au II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l’exploitant ou au distributeur au détail » ;
- 108) N. – A l’article L. 165-5-1 :
- 109) 1° Au premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;
- 110) 2° Au second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 111) O. – A l’article L. 165-8-1 :
- 112) 1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l’exploitant ou le distributeur au détail » ;
- 113) 2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l’exploitant ou par le distributeur au détail » ;
- 114) P. – A l’article L. 165-11 :
- 115) 1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;
- 116) 2° Au IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;
- 117) Q. – A l’article L. 165-13, les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacées par les mots : « l’exploitant ou par le distributeur au détail » ;
- 118) R. – Au premier alinéa de l’article L. 871-1, après les mots : « tarifs de responsabilité, » sont insérés les mots : « qu’elles ne couvrent pas la consigne mentionnée au 2° du II de l’article L. 165-1-7 du présent code » ;
- 119) II. – Après l’article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :

- ⑩ « *Art. L. 5212-1-1.* - Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par un patient différent de celui l'ayant initialement utilisé.
- ⑪ « La réalisation de cette remise en bon état d'usage peut être subordonnée :
- ⑫ « 1° Au respect de critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical remis en bon état d'usage ;
- ⑬ « 2° A une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d'usage.
- ⑭ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État, notamment les conditions dans lesquelles certains dispositifs médicaux peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage ainsi que les conditions de réalisation de la procédure d'homologation prévue au 2°. »

Exposé des motifs

La mesure modifie les conditions de prise en charge de certains produits et prestations, dans le but de diminuer le reste à charge pour les patients et de favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux qui sont encore en bon état de fonctionnement.

Ces nouvelles dispositions seront notamment utiles pour faire évoluer les modalités de prise en charge des fauteuils roulants. Il apparaît en effet que les prix actuels de vente de ces fauteuils (non encadrés) sont dans plusieurs cas significativement supérieurs à ceux observés dans d'autres pays européens. Cela peut conduire à des restes à charge importants et à de longs délais avant l'accès effectif à un fauteuil roulant. Le référencement sélectif, s'inspirant des mesures de mise en concurrence des offres, permettra de tirer parti de la grande diversité de l'offre actuelle pour diminuer les prix de vente et favoriser l'accessibilité de ces dispositifs. De même, la mesure introduit la possibilité de prendre en charge des dispositifs médicaux déjà utilisés puis restaurés : cette disposition, très développée dans plusieurs pays étrangers, doit éviter le gaspillage de matériel qui ne serait utilisé que pendant une courte période et encore diminuer le reste à charge pour les assurés. Ces modalités n'ont pas vocation à s'appliquer à tous les produits de la liste des produits et

prestations et concerneront des matériels et dispositifs réutilisables dans le respect des critères de qualité et de sécurité.

La mesure complète par ailleurs les outils de négociation à la disposition du Comité économique des produits de santé (CEPS) en accroissant la disponibilité des données relatives aux prix pratiqués entre les intermédiaires (fabricants, distributeur en gros, distributeur au détail) sur le marché de la liste des produits et prestations.

Article 29

- ① I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « , ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2, » ;
- ④ 3° Après l'article L. 5124-13-1, il est inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :
⑤ « *Art. L. 5124-13-2.* – Une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle est une spécialité :
- ⑥ « 1° Ayant une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;
- ⑦ « 2° Et importée d'un autre État membre ou partie à l'Espace Économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché. » ;
- ⑧ 4° L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :
- ⑨ « 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2, ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

- ⑩ 5° Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 sont abrogés.
- ⑪ II. – Le livre 1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑫ 1° Au premier alinéa de l'article L. 138-1 :
- ⑬ a) Après les mots : « de spécialités pharmaceutiques » sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- ⑭ b) Les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code » ;
- ⑮ 2° Au titre de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après les mots : « l'exploitation », sont insérés les mots « , l'importation parallèle et la distribution parallèle » ;
- ⑯ 3° Au I de l'article L. 138-10 :
- ⑰ a) Après les mots : « l'exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;
- ⑱ b) Les mots : « et L. 5124-2 » sont remplacés par les mots : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;
- ⑲ 4° Au premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;
- ⑳ 5° Le V de l'article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est abrogé ;
- ㉑ 6° A l'article L. 162-16-4 :
- ㉒ a) Au premier alinéa du I, après les mots : « exploitant le médicament » sont insérés les mots : « l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;
- ㉓ b) Le II est complété par un 7° ainsi rédigé :

- ②4 « 7° Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. » ;
- ②5 7° Après l'article L. 162-16-4-1, sont insérés deux articles ainsi rédigés :
- ②6 « *Art. L. 162-16-4-2.* – Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières, définies au 1° et au 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour la nutrition parentérale à domicile, prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le prix peut notamment être différent selon des catégories de préparations définies après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.
- ②7 « Les préparations magistrales et les préparations hospitalières relevant du premier alinéa sont définies respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes.
- ②8 « Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories de préparations, les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des prix, les règles selon lesquelles certaines préparations pour nutrition parentérale à domicile peuvent être prises en charge par l'assurance maladie ou exclues de celle-ci, ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.
- ②9 « *Art. L. 162-16-4-3.* – I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté, pour certains médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 du présent code autres que les médicaments, un prix maximal de vente aux établissements de santé, dans au moins l'une des situations suivantes :
- ③0 « 1° En cas de risque de dépenses injustifiées, notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des prix de produits de santé comparables ;

- 31 « 2° Dans le cas de produits de santé, qui, à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global, ont, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements. »
- 32 « II. – Le prix maximal mentionné au I est fixé, après que l'entreprise exploitant le produit a été mise en mesure de présenter ses observations :
- 33 « 1° Pour les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article ;
- 34 « 2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, dans les conditions prévues au II du même article.
- 35 « III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 36 8° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, après la première occurrence des mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- 37 9° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après les mots : « entre l'entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou leur distribution parallèle » ;
- 38 10° Au premier alinéa de l'article L. 162-17, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- 39 11° Au troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « *Journal officiel* de la République française » sont remplacés par les mots : « Bulletin officiel des produits de santé » ;
- 40 12° L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :
- 41 « III. – Les informations et décisions relatives au remboursement, à la prise en charge, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et, le cas échéant, des prestations associées sont publiées au Bulletin officiel des produits de santé. » ;
- 42 13° Le 1° de l'article L. 162-17-4 est abrogé ;

- ④③ 14° Au second alinéa de l'article L. 162-17-5, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : «, ou assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle de ces médicaments, » ;
- ④④ 15° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après les mots : « le médicament », sont insérés les mots : «, qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;
- ④⑤ 16° A l'article L. 162-18 :
- ④⑥ a) Au premier alinéa du I, après les mots : « qui exploitent », sont insérés les mots : «, qui assurent l'importation parallèle ou qui assure la distribution parallèle d' » ;
- ④⑦ b) Au II :
- ④⑧ - les mots : « Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments » sont remplacés par les mots : « Pour :
- ④⑨ « 1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;
- ④⑩ « 2° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ainsi pour les spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires à ces dernières ; » ;
- ④⑪ - après les mots : « ces spécialités », sont insérés les mots : «, qui assurent leur importation parallèle ou qui assure leur distribution parallèle » ;
- ④⑫ - après les mots : « exploitant la spécialité », sont insérés les mots : «, assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle, » ;
- ④⑬ 17° A l'article L. 162-22-7, après les mots : « de l'autorisation de mise sur le marché », sont insérés les mots : « de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;
- ④⑭ 18° A l'article L. 245-1, après les mots : « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5136-2 et L. 5124-18 du code de la santé publique », sont insérés les

mots : « , bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, » ;

- 55 19° Au 1° du I de l'article L. 245-2, après les mots : « l'exploitation », sont insérés les mots : « , à l'importation parallèle ou à la distribution parallèle » ;
- 56 20° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :
- 57 a) Au I, après les mots : « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « , bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;
- 58 b) Le 4° du II est abrogé ;
- 59 c) Au VI, après les mots : « du code de la santé publique, » sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code, ».
- 60 III. – A. – L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.
- 61 B. – Les 11° et 12° du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} mars 2022.

Exposé des motifs

La mesure clarifie la situation de prise en charge de plusieurs types de médicaments, notamment lorsque les dispositions actuelles ne sont pas suffisamment précises à leur égard, ou lorsque les règles en vigueur peuvent conduire à des surcoûts non justifiés pour l'assurance maladie.

La mesure définit ainsi les règles applicables à la prise en charge de médicaments commercialisés par des distributeurs parallèles – c'est-à-dire des médicaments achetés dans un autre pays européen et revendus en France – ainsi que les taxes applicables pour ces médicaments. Elle clarifie par ailleurs les conditions de délivrance des médicaments biosimilaires, qui sont pour la grande majorité initiés dans les établissements hospitaliers. Dans ce cadre et conformément au rapport « état des lieux sur les

biosimilaires » de l'ANSM de mai 2016, il n'est en effet pas possible, notamment pour des questions de traçabilité et de sécurité sanitaire, de mettre en œuvre une substitution au moment de la délivrance du produit. Cette clarification s'inscrit dans l'engagement du gouvernement en faveur du développement des biosimilaires, qui agit pour leur bonne utilisation. En plus de l'incitation à leur prescription en sortie d'hospitalisation, une mesure vise dans ce projet de loi à instaurer une incitation pour favoriser leur utilisation lors de l'hospitalisation des patients.

Pour éviter les situations de surcoûts non justifiés pour l'assurance maladie, la mesure précise par ailleurs les modalités d'achats de certains médicaments hospitaliers, et les modalités de prise en charge des préparations de nutrition parentérale.

Enfin, la mesure vise à mettre à disposition un site internet unique, le « Bulletin officiel des produits de santé : BOPS », réunissant l'ensemble des informations relatives au remboursement et à la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie. Cette base de données unique, publique et opposable regroupant l'ensemble des informations applicables aux produits de santé pris en charge par l'assurance permettra de mieux informer les usagers du système de santé et de réduire fortement les délais administratifs de prise en charge de ces produits.

Article 30

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – A l'article L. 5121-12 :
- ③ 1° Au 2° du I :
- ④ a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;
- ⑤ b) Après les mots : « pour lui », sont insérés les mots : « , qu'en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables » ;
- ⑥ c) Après les mots : « sécurité sont », il est inséré le mot : « fortement » ;
- ⑦ 2° Au III :

- ⑧ a) Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « A » ;
- ⑨ b) Le 1° et le 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;
- ⑩ c) Au 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;
- ⑪ d) Au 4°, après les mots : « par l'agence », sont insérés les mots : « dont la valeur maximale est fixée par décret » et la référence au III est remplacée par la référence au A ;
- ⑫ e) Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ⑬ « 5° L'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Ce cas ne s'applique que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- ⑭ f) Le III est complété par un B ainsi rédigé :
- ⑮ « B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies :
- ⑯ « 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du 2° du I pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- ⑰ « 2° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une première autorisation de mise sur le marché, indépendamment de l'indication pour laquelle la demande est effectuée ;
- ⑱ « 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.
- ⑲ « Au-delà du seuil mentionné au 1° du présent B, le titulaire des droits d'exploitation conserve la possibilité de déposer une demande au titre du 1° du I. » ;
- ⑳ 3° Au IV :
- ㉑ a) Avant les mots : « du III », sont insérés les mots : « du A du III et sans préjudice des dispositions du B » ;
- ㉒ b) Les mots : « dans l'un des cas suivants :

- 23 « 1° Lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences graves pour le patient sont très fortement probables ;
- 24 « 2° Lorsque » sont remplacés par le mot : « lorsque » ;
- 25 c) Le 3° est supprimé.
- 26 B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ».
- 27 II. – La section 4 du chapitre II du titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- 28 A. – A l'article L. 162-16-5-1 :
- 29 1° Au III :
- 30 a) Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « A » ;
- 31 b) Après le dernier alinéa, sont ajoutées les dispositions suivantes :
- 32 « B. – 1° Pour chaque indication considérée, l'intégralité des remises dues au titre du A est versée en une seule fois. Ces remises sont versées au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu ;
- 33 « 2° Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1° peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :
- 34 « a) Soit le versement sur deux années successives au maximum de remises dont le montant total ne peut être inférieur au montant qui aurait été dû en application du 1° ;
- 35 « b) Soit le versement en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, le montant de la remise est égal au montant qui aurait été dû en application du 1°, auquel une décote, dans la limite de 3 %, peut être appliquée.

- ③⑥ « C. – Pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité pharmaceutique prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, et pour laquelle l'indication ne relève pas des dispositions du V du présent article, un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait prendre en charge cette indication. » ;
- ③⑦ 2° Au deuxième alinéa du V :
- ③⑧ a) Après les mots : « l'objet », sont insérés les mots : « 1° Ou bien » ;
- ③⑨ b) L'alinéa est complété par un 2° ainsi rédigé :
- ④① « 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou au titre du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. ».
- ④② B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après les mots : « médicament considéré », sont insérés les mots : «, dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article, ».
- ④③ III. – A. – Les dispositions du I, du 2° du A du II et du B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Les dispositions du A du I, du 2° du A du II et du B du II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date, ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment des autorisations délivrées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.
- ④④ B. – Les dispositions du 2° du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables :
- ④⑤ 1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi ;
- ④⑥ 2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.

- ④⑥ C. – Les dispositions du C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue du présent article, sont applicables aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas des dispositions du V de l'article L. 162-16-5-1, dans sa rédaction issue du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que cette prise en charge soit effective à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ou postérieurement.
- ④⑦ D. – L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1, dans sa rédaction issue de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 du même code, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Exposé des motifs

La présente mesure vise à faire évoluer certaines conditions de prise en charge des médicaments bénéficiant d'un accès précoce – notamment au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation – afin de garantir la pérennité de notre système d'accès à l'innovation.

Pour les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) dites « nominatives », qui doivent concerner des médicaments pour des patients en nombre limité sans alternative thérapeutique, la liberté de fixation des prix par les laboratoires a montré d'importantes limites : l'assurance maladie a été contrainte de rembourser des traitements à hauteur de deux millions d'euros par patient, sans aucune possibilité de discussion avec le laboratoire concerné.

Plus généralement, dans le cadre des négociations conventionnelles, le Comité économique des produits de santé éprouve de plus en plus souvent de grandes difficultés à obtenir le recouvrement de certaines remises auprès des laboratoires, ceux-ci n'ayant pas suffisamment anticipé les montants dus. Les présentes dispositions cherchent à assurer aux laboratoires une meilleure prévisibilité des remises qu'ils pourraient avoir à verser, tout en garantissant à l'assurance maladie que l'entreprise sera effectivement en capacité de verser ces remises. La mesure introduit la communication aux laboratoires d'informations relatives à leurs spécialités prises en charge au titre d'un accès précoce, notamment pour qu'ils puissent respecter leurs obligations comptables. La mesure introduit également la possibilité pour

le Comité économique des produits de santé de négocier un calendrier de versement des remises (au titre de l'accès précoce) sur une période qui soit plus longue qu'un an. Cette flexibilité doit permettre de simplifier le recouvrement des remises.

La mesure précise enfin certains critères d'octroi des ATU nominatives pour mieux articuler ce dispositif avec celui des autorisations temporaires d'utilisation de cohorte. Elle clarifie la disposition de continuité de traitement introduite lors par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, l'intention étant qu'elle s'applique à tous les médicaments bénéficiant d'une prise en charge dérogatoire actuellement.

Article 31

- ① I. – A l'article L. 1413-12 du code de la santé publique, il est rétabli un 2° ainsi rédigé :
- ② « 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; »
- ③ II. – A l'article L. 5321-2 du même code :
- ④ 1° Au 4°, les mots : « des emprunts. » sont remplacés par les mots : « des emprunts ; »
- ⑤ 2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ⑥ « 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

Exposé des motifs

Le Gouvernement souhaite transférer le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique - Santé publique France (ANSP) de l'Etat à l'assurance maladie, dans le cadre du 6ème sous objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce transfert s'inscrit dans la continuité du mouvement de simplification du financement des agences sanitaires engagé depuis plusieurs années.

Une première simplification du financement des agences sanitaires est en effet intervenue avec l'achèvement du décroisement des financements de l'Etat et de l'assurance maladie en 2017, lequel s'est traduit par le transfert des financements de l'agence de biomédecine (ABM) et de

l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à l'assurance maladie.

Il apparaît plus cohérent et lisible que les agences qui interviennent en appui des politiques de santé publique soient financées par l'assurance maladie.

CHAPITRE 2

Améliorer l'accès aux soins

Article 32

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du I de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :
- ② 1° Dans l'intitulé du titre VI, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé », sont supprimés ;
- ③ 2° A l'article L. 861-3 :
- ④ a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensés de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;
- ⑤ b) Au huitième alinéa, les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;
- ⑥ c) Le huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑦ « Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;
- ⑧ 3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 861-4-1.* – Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'elle bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les

garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, elle obtient à sa demande :

- ⑩ « 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 ;
- ⑪ « 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste susmentionnée. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue par l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.
- ⑫ « Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.
- ⑬ « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;
- ⑭ 4° Au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, après les mots : « au premier jour du mois de dépôt de la demande, », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si elle lui est postérieure, » et les mots : « Le bénéfice de cette protection » sont remplacés par les mots : « Le bénéfice de la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;
- ⑮ 5° L'article L. 861-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑯ « Les organismes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 861-7 sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;
- ⑰ 6° Au 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;
- ⑱ 7° Après l'article L. 861-11, il est ajouté un article L. 861-12 ainsi rédigé :
- ⑲ « *Art. L. 861-12.* – A l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme

aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.

- ⑳ Ce tarif peut être adapté par décret pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;
- ㉑ 8° A l'article L. 862-1 :
- ㉒ a) Au deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;
- ㉓ b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaires » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa » ;
- ㉔ 9° La deuxième phrase du a de l'article L. 862-2 est remplacée par les dispositions suivantes :
- ㉕ « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. »
- ㉖ II. – Les articles 6-1, 6-2 et 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques sont abrogés.
- ㉗ III. – A. – Les dispositions du 7° du I s'appliquent aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1er janvier 2020.
- ㉘ B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du

code de la sécurité sociale, dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont, respectivement, le droit de se voir proposer les contrats prévus par :

- ②⑨ 1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques dans sa rédaction en vigueur avant l'entrée en vigueur de la présente loi ;
- ③⑩ 2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019.

Exposé des motifs

Pour pallier les difficultés d'accès aux soins que pourraient connaître, du fait de la fin de leur droit, les assurés dont les ressources deviennent supérieures au seuil d'éligibilité aux dispositifs publics leur permettant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et, jusqu'à la fin de ses effets, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), des dispositifs dits « contrats de sortie » ont été mis en place. Ces contrats, qui prévoient des dispositions d'encadrement des tarifs des contrats de complémentaire santé doivent être proposés aux assurés la première année de leur sortie de la CMU-c et de l'ACS. Toutefois, ces dispositifs demeurent peu utilisés car ils s'avèrent méconnus, peu avantageux, notamment pour les publics jeunes, et difficiles à mettre en place pour les organismes complémentaires.

Aussi, en cohérence avec la fusion de la CMU-c et de l'ACS en une « Complémentaire santé solidaire », instaurée par la LFSS pour 2019, il est proposé de refondre ces dispositifs en un seul et d'en adapter les modalités de tarification et de gestion. Les assurés auront ainsi l'assurance de se voir proposer par leur organisme complémentaire gestionnaire, à un tarif encadré réglementairement en fonction de leur âge, un contrat de complémentaire santé responsable couvrant pendant une année un large panier de soins sans reste à charge grâce au bénéfice de la réforme du « 100 % santé ». Cette réforme s'appliquera aux contrats de sortie souscrits à compter du 1er janvier 2020.

Par ailleurs, il est proposé de fixer les frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes complémentaires gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré, sous la forme d'un montant forfaitaire en euro per capita et non plus sous la forme d'un coefficient de majoration

sur les dépenses de CMU-c. Cette mesure vise à calibrer de manière plus appropriée le montant des frais de gestion versés et à donner une plus grande visibilité aux organismes complémentaires gestionnaires de la Complémentaire santé solidaire sur les montants qu'ils percevront.

Enfin, la présente mesure prévoit la possibilité d'ouvrir le droit à la Complémentaire santé solidaire en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale et ayant fait une demande simultanée de droits de base et complémentaires afin de leur assurer une meilleure prise en charge.

Article 33

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;
- ③ 2° Aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure, un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».
- ④ II. – A l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».
- ⑤ III. – A l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, les mots : « - L. 162-3 et L. 162-4 ; » sont remplacés par les mots : « - L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

Exposé des motifs

Alors que les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception d'urgence sont intégralement pris en charge pour toutes les jeunes femmes mineures, seules celles âgées d'au moins 15 ans bénéficient de la gratuité de la contraception prescrite par un médecin ou une sage-femme et de la dispense d'avance de frais sur ces soins.

Il en résulte que les mineures n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans doivent supporter financièrement les frais liés à la contraception, ce qui peut constituer un frein à l'accès à ces dispositifs pour des publics souvent en situation de fragilité. Or chaque année, près de 1 000 jeunes filles de 12 à 14 ans sont enceintes en France. Parmi ces grossesses, 770 se concluent par une interruption volontaire de grossesse.

Afin de leur garantir un libre choix, il est proposé de permettre à l'ensemble des assurées mineures de bénéficier de la gratuité sur les contraceptifs remboursables et sur les frais relatifs aux actes et consultations liés, en tiers payant, en garantissant en outre la confidentialité de ces actes lorsqu'elles le souhaitent.

Article 34

- ① I. – Le chapitre premier *quater* du titre II du livre premier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° A l'article L. 5121-29 :
- ③ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « A cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat en fonction de la classe thérapeutique et qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois glissants. Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité sont tenues à la disposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et lui sont transmises à tout moment à sa demande. » ;
- ⑤ b) Au deuxième alinéa, devenu le troisième, les mots : « A cet effet, » sont remplacés par les mots « En outre, » ;
- ⑥ 2° L'article L. 5121-32 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑦ « *Art. L. 5121-32.* – Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 informent dès qu'ils en ont connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de

stock relatif à ce médicament, selon un modèle-type défini par voie réglementaire.

- ⑧ « Ils mettent en place, après accord de l'agence, des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et mettent en œuvre, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5121-31, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné au même article L. 5121-31.
- ⑨ « Ils prennent, après accord de l'agence, les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé, ainsi que les mesures permettant l'information des patients, notamment par l'intermédiaire des associations de patients. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 5121-33 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « *Art. L. 5121-33.* – I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défailante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture.
- ⑫ « L'entreprise pharmaceutique défailante verse à la caisse nationale d'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.
- ⑬ « II. – Les officines de pharmacie peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour

pallier une rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur sur décision du directeur général de l'agence, publiée sur son site internet. »

- ⑭ II. – A la première phrase de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique, les mots : « si ce médicament est utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas » sont remplacés par les mots : « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 pour lesquels il n'existe pas ».
- ⑮ A la troisième phrase du même article, les mots : « Si le médicament n'est pas utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas » sont remplacés par les mots : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas ».
- ⑯ III. – Le chapitre III du titre II du livre IV de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 sont abrogés ;
- ⑱ 2° Après l'article L. 5423-8, il est inséré un article L. 5423-9 ainsi rédigé :
- ⑲ « *Art. L. 5423-9.* – Constitue un manquement soumis à sanction financière :
- ⑳ « 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national exigé par les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ;
- ㉑ « 2° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français et qui prend la décision d'en suspendre ou d'en cesser la commercialisation, ou qui a connaissance de faits susceptibles d'entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, de ne pas en informer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6, au moins un an avant la date envisagée ou prévisible de la suspension ou la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;

- ②② « 3° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel il n'existe pas d'alternatives disponibles sur le marché français, d'en cesser la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5124-6 ;
- ②③ « 4° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas informer immédiatement l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute action qu'il a engagée pour en suspendre la commercialisation en cas d'urgence ou pour en retirer un lot déterminé, en méconnaissance des dispositions du second alinéa de l'article L. 5124-6 ;
- ②④ « 5° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant, soit un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 pour lequel, du fait de ses caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, soit un vaccin mentionné au *b* du 6° de l'article L. 5121-1 dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-31 :
- ②⑤ « *a*) De ne pas respecter l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries permettant de prévenir et pallier toute rupture de stock figurant à l'article L. 5121-31, ou
- ②⑥ « *b*) De ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries, ou
- ②⑦ « *c*) De ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock, ou
- ②⑧ « *d*) De ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application des dispositions du I de l'article L. 5121-33 ;

- 29 « 6° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné à l'article L. 5111-4 :
- 30 « a) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5121-32, ou :
- 31 « b) S'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31, ou :
- 32 « c) De ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues par le troisième alinéa de l'article L. 5121-32. »
- 33 IV. – A l'article L. 5471-1 du code de la santé publique :
- 34 1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », il est ajouté la référence : « , L. 5423-9 » ;
- 35 2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 36 « Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;
- 37 3° Au deuxième alinéa du III, les mots : « aux 1° à 3° de l'article L. 5423-8 » sont remplacés par les mots : « au 3° de l'article L. 5423-8 » et après les mots : « l'article L. 5423-8, », sont ajoutés les mots : « à l'article L. 5423-9, ».
- 38 V. – Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 30 juin 2020.

Exposé des motifs

Depuis quelques années, la France, comme beaucoup d'autres pays, fait face de manière croissante à des ruptures et tensions d'approvisionnement de médicaments. Ces ruptures de stock de

médicaments constituent une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Ainsi entre 2008 et 2019, le nombre de signalements de tensions d’approvisionnement de médicaments dits d’intérêt thérapeutique majeur (MITM) a été multiplié par 20. Cette augmentation s’est particulièrement accentuée ces deux dernières années. Certaines classes thérapeutiques de médicaments sont plus particulièrement touchées comme les anti-infectieux (antibiotiques et vaccins), les anticancéreux et les médicaments du système nerveux ainsi que les médicaments du système cardio vasculaire.

En l’absence de cadre juridique européen visant à encadrer les pénuries de médicaments, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son décret d’application du 20 juillet 2016 relatif à la lutte contre les ruptures d’approvisionnement de médicaments ont apporté de nouvelles mesures de prévention et de gestion des ruptures qui n’ont pas permis de répondre au problème. Ainsi, il est proposé de renforcer le dispositif de lutte contre les pénuries de médicaments en instaurant une obligation de constituer 4 mois de stock pour tous les médicaments, ainsi qu’une obligation d’importation à la charge de l’entreprise défaillante, pour les MITM les plus importants, en cas de rupture et d’absence d’alternative disponible sur le territoire. Ces obligations sont traduites en termes de sanctions financières.

Article 35

- ① Le quatrième alinéa de l’article L. 223-1-1 du code de l’action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Un bilan de santé est obligatoirement réalisé à l’entrée du mineur dans le dispositif de protection de l’enfance. Ce bilan de santé permet d’engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de soins permettant d’améliorer l’état de santé physique et psychique de l’enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l’enfant. Il est pris en charge par l’assurance maladie. »

Exposé des motifs

En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l’enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Pourtant, leur accès aux soins est difficile. L’évaluation médicale et psychologique obligatoire dans le cadre du projet pour l’enfant (PPE) est réalisée dans un tiers des cas seulement. Moins d’un enfant sur deux pris en charge par l’ASE dispose d’un PPE

avec un volet relatif à la santé rempli a minima. Or, compte tenu de l'état de santé souvent dégradé des enfants protégés (fréquence des retards de développement, prévalence du handicap, complexité des problématiques...), il s'agit d'un examen important pour permettre une prise en charge en adéquation avec les besoins de l'enfant, dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Cet examen doit notamment permettre d'orienter l'enfant ou l'adolescent, si nécessaire, vers des consultations de suivi, un rendez-vous chez un spécialiste, ou un parcours en santé mentale.

C'est pourquoi il est proposé de renforcer les dispositions du code de l'action sociale et des familles pour rendre obligatoire ce bilan de santé à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et pour préciser que cet examen médical complexe est pris en charge intégralement par l'assurance maladie.

Article 36

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 est complétée par un article ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 162-5-19. – I. – Les médecins mentionnés au 1° de l'article L. 646-1 qui pratiquent des actes et consultations à tarifs opposables ou ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements d'honoraires bénéficient d'une aide lorsqu'ils s'installent dans des territoires définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes d'assurance maladie, maternité, vieillesse de base, de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.
- ④ « II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et

des participations au financement des cotisations pour un revenu tiré des honoraires conventionnels maximal de 80 000 euros.

- ⑤ « Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.
- ⑥ « III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 informent, dans des conditions prévues par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminuée du montant de l'aide ainsi versée. » ;
- ⑦ 2° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent article dans des conditions prévues par décret. » ;
- ⑨ 3° Après l'article L. 645-2, il est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « Art. L. 645-2-1. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 645-2, les personnes relevant de l'article L. 642-4-2 sont redevables d'une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement.
- ⑪ « Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 646-1 et L. 162-14. »
- ⑫ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑬ 1° L'article L. 1435-4-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑭ « Art. L. 1435-4-2. – Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.
- ⑮ « Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code au plus tard dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat.
- ⑯ « Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions minimales et maximales de durée du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. » ;
- ⑰ 2° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés ;
- ⑱ III. – Les dispositions prévues au 1° du I sont applicables aux médecins s'installant jus qu'au 31 décembre 2022.
- ⑲ Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, une évaluation portant sur l'efficacité du dispositif créé au 1° du I, notamment sur son effet sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, mentionnées à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

- ⑩ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2020, à l'exception du II dont les dispositions sont applicables aux contrats signés à compter de la date d'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique dans sa version issue de la présente loi, et au plus tard le 1er avril 2020. Les contrats en cours à cette même date se poursuivent sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avant la date d'entrée en vigueur du même décret.

Exposé des motifs

De nombreux dispositifs nationaux sont proposés par l'État et par l'Assurance Maladie pour inciter les médecins libéraux à s'installer dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins. Quatre contrats incitatifs sont ainsi proposés par l'État aux jeunes médecins : praticien territorial de médecine générale (PTMG), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et enfin praticien isolé à activité saisonnière (PIAS). Ces contrats rencontrent aujourd'hui un succès mitigé, comme l'a récemment souligné le rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins. Associé à des conditions d'accès complexes, et variables d'un contrat à l'autre, cet éparpillement constitue probablement une source importante de non-recours.

La première mesure de cet article vise à regrouper ces quatre dispositifs en un contrat unique ouvert à l'ensemble des médecins s'installant dans une zone sous-dense, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ainsi qu'aux remplaçants exerçant dans ces territoires. Le contenu de ce contrat sera revu par voie réglementaire afin d'en renforcer l'attractivité, certains paramètres pouvant être adaptés pour prendre en compte les spécificités de l'exercice des médecins spécialistes, remplaçants ou exerçant dans des zones à forts afflux saisonniers.

Pour être éligibles à ce nouveau contrat unique, les signataires devront s'inscrire dans un dispositif d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'une équipe de soins primaires, d'une équipe de soins spécialisés, d'une maison de santé, d'un centre de santé ou encore d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

La deuxième mesure, en réponse directe à l'engagement de la ministre au Sénat, crée une nouvelle aide qui permettra la prise en charge de la totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire (secteur 1) s'installant en zone sous dense (ces zones correspondront aux zones d'intervention prioritaire définies par

les agences régionales de santé) dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme.

La troisième mesure vise à rendre plus progressive la dispense de cotisations dues pour la prestation vieillesse complémentaire pour diminuer l'effet de seuil actuel. En effet, ce régime de prestations complémentaire vieillesse (PCV) auquel sont obligatoirement affiliés les médecins est financé, notamment, par une cotisation forfaitaire avec une prise en charge aux deux-tiers par l'assurance maladie pour les médecins conventionnés en secteur 1. Cette cotisation induit un effet de seuil important particulièrement lourd pour les médecins à faibles revenus. Afin d'atténuer cet effet de seuil, l'article prévoit de permettre aux médecins de choisir entre la cotisation forfaitaire ou une cotisation proportionnelle à leur assiette de revenu.

Enfin, la dernière mesure améliore le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales à destination des médecins remplaçants créé par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 en permettant aux médecins relevant de ce dispositif de verser une cotisation complémentaire en cas de dépassement de seuil. Cet ajustement permettra d'éviter les sorties brutales du dispositif en cas de dépassement du seuil.

Article 37

- ① I. – Après l'article L. 6111-1-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-5 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6111-1-5.* – Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.
- ③ Un décret en Conseil d'État précise :
- ④ 1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;
- ⑤ 2° Les modalités de son attribution ;

- ⑥ 3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »
- ⑦ II. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré l'alinéa suivant :
- ⑧ « 3° Les frais des transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »
- ⑨ III. – L'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est complété par un 14° ainsi rédigé :
- ⑩ « 14° La couverture des frais des transports entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues à l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Les transformations et les regroupements des services de maternités répondent à une exigence de qualité et sécurité des soins délivrés aux mères et à leurs bébés. Le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement prévues dans le régime d'autorisation de l'activité d'obstétrique, est le garant de cette exigence. A la suite de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, des travaux sont actuellement menés pour moderniser le régime d'autorisation de cette activité et ainsi renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge.

Le temps médian nécessaire pour accéder à la maternité choisie est stable depuis 2003 et environ 87 % des femmes déclarent mettre moins de 45 minutes pour s'y rendre. Les disparités des temps d'accès entre départements restent néanmoins fortes : en 2010, six départements se caractérisaient par le fait que plus d'un quart des femmes y déclaraient avoir un temps d'accès à la maternité supérieur à 45 minutes.

Au cours des derniers mois, la fermeture de maternités rencontrant des difficultés pour respecter les conditions d'implantation ou les conditions

techniques de fonctionnement requises est apparue comme un symptôme de renforcement des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins (sentiment d'isolement et d'éloignement géographiques, inquiétudes quant à la sécurité de la prise en charge des grossesses, etc.). L'accès aux maternités doit faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la prise en charge de la grossesse. Il apparaît donc nécessaire d'inscrire dans la loi un dispositif spécifique ayant pour double ambition de garantir la qualité des prises en charge (tant pour les femmes que les nouveau-nés) et de prendre en compte les contraintes de distance en proposant une offre adaptée de suivi pré et post-natal et d'accompagnement (hébergement à proximité d'une maternité, transports) aux femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité en adéquation avec leur prise en charge. C'est, en effet, à partir de cette durée qu'une augmentation du risque de mortalité périnatale est documentée.

Article 38

Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4 », sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».

Exposé des motifs

La Belgique accueille depuis très longtemps des personnes en situation de handicap venant de France. Les premières prises en charge financées par l'assurance maladie datent de 1954. Aujourd'hui, près de 8 000 Français, 1 500 enfants et environ 6 500 adultes, sont accueillis dans des établissements wallons, originaires majoritairement des régions Ile de France, Hauts-de-France et Grand-Est. Ce phénomène s'est beaucoup accéléré depuis 1995. Cette croissance rapide est, en partie, liée au dynamisme de l'offre wallonne : la législation wallonne adoptée à la fin des années 90 prévoit des normes relativement souples et le gouvernement wallon ne finance pas du tout les établissements qui accueillent uniquement des Français. De plus, des démarchages importants sont réalisés par les sociétés commerciales belges, souvent en amont des autorisations d'ouverture de structures.

Plusieurs rapports récents (IGAS, Sénat) et les travaux conduits en préparation de la Conférence nationale du handicap (la prévention des départs non souhaités en Wallonie a fait l'objet d'un chantier dédié initié à la suite du comité interministériel du handicap du 25 octobre 2018) ont

permis d'identifier les causes avancées des départs vers la Belgique. Ceux-ci sont généralement liés au manque de solutions dans les structures françaises, plus spécialement pour les personnes atteintes de troubles de l'autisme, de handicap rare et plus largement pour les personnes handicapées avec des troubles cognitifs et du comportement. Il faut souligner que ces placements sont souvent subis par les familles qui se retrouvent, de fait, séparées.

La mesure vise à encadrer le financement de l'offre belge tout en renforçant les efforts pour trouver des solutions aux familles sur le territoire national. Cet encadrement conventionnel vise également à s'assurer des standards de qualité de la prise en charge en Wallonie.

Article 39

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2, L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 », et les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;
- ③ 2° A l'article L. 3112-2 :
- ④ a) Les deux premiers alinéas constituent un I ;
- ⑤ b) Le second alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :
- ⑥ « A cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;
- ⑦ c) L'article est complété par un II et un III ainsi rédigés :
- ⑧ « II. – Les centres de lutte contre la tuberculose et les centres de lutte contre la lèpre contribuent à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre, en exerçant des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de

traitement. Ils contribuent à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.

- ⑨ « III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I sont intégralement prises en charge par le fonds d'intervention régional sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑩ 3° L'article L. 3112-3 est abrogé.
- ⑪ II. – A l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».
- ⑫ III. – Après l'article 20-5-7 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, il est inséré un article 20-5-8 ainsi rédigé :
- ⑬ « Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2020. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »
- ⑭ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.
- ⑮ Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'Etat pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre, en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.
- ⑯ Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au-delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.

- ⑰ La convention continue alors de produire ses effets jusqu’à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu’à la date à laquelle le directeur général de l’agence régionale de santé se prononce sur la demande d’habilitation.
- ⑱ V. – Les dispositions du second alinéa de l’article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et les dispositions de l’article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV.

Exposé des motifs

Le financement de la lutte contre la tuberculose est assuré depuis 2004 par deux voies : soit par la dotation globale de fonctionnement (DGF) pour les départements qui ont gardé cette gestion par convention avec l’État, soit par le fonds d’intervention régional (FIR), pour les structures habilitées par les ARS (le plus souvent des services hospitaliers). En effet, la loi relative aux responsabilités locales du 13 juillet 2004 a recentralisé la lutte contre la tuberculose, jusque-là dévolue aux départements, en leur laissant néanmoins la possibilité s’ils le souhaitent de conserver la gestion des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT). La situation aujourd’hui, 15 ans après, est que 32 départements sur 101 (soit environ 52 CLAT sur un total de 148) ont conservé cette activité avec un budget spécifique de la DGF.

Par mesure de simplification et d’amélioration du pilotage financier de cette politique, le présent article prévoit de confier aux ARS l’ensemble des leviers, organisationnels et financiers, de la lutte contre la tuberculose. Elle prévoit en complément une mesure de périmètre de la DGF vers le FIR.

CHAPITRE 3

Renforcer la qualité, la pertinence et l’efficacité des soins

Article 40

- ① Au chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique :
- ② 1° Il est créé une section 1 intitulée : « Institut national du cancer » et comprenant les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

③ 2° Il est inséré une section 2 ainsi rédigée :

④ « Section 2

⑤ « *Parcours de soins global après le traitement d'un cancer*

⑥ « Art. L. 1415-8. – L'agence régionale de santé met en place et finance un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes ayant reçu un traitement pour un cancer et bénéficiant du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

⑦ « Ce parcours comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques. Le contenu du parcours, qui peut le cas échéant ne comprendre qu'une partie de ces actions, est individualisé pour chaque personne en fonction des besoins de celle-ci identifiés par le médecin prescripteur.

⑧ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Exposé des motifs

Plus de trois millions de personnes vivent aujourd'hui en France avec un cancer, et parmi eux de nombreuses femmes vivent avec un cancer du sein, qui est le plus fréquent. Si le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année augmente, les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité. Cette maladie demeure néanmoins une épreuve difficile pour les personnes touchées, tant au plan physique que psychologique.

Le gouvernement souhaite améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer après la période de traitements. En renforçant les soins de support, l'objectif est de garantir l'accès à un accompagnement aussi bien physique que psychologique.

La présente mesure, qui s'inscrit également dans un objectif de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé, vise ainsi à permettre aux personnes touchées par un cancer, notamment les femmes atteintes d'un cancer du sein, de bénéficier, dans le cadre d'un parcours de santé organisé, d'une évaluation de leurs besoins. En fonction de celle-ci, les patients pourront bénéficier de conseils diététiques, d'un soutien psychologique ainsi que d'un bilan motivationnel et fonctionnel d'activité physique associé à une proposition de projet individuel d'activité physique adaptée à leurs envies et leurs limitations fonctionnelles. L'Institut national

du cancer (INCa) engagera fin 2019 des travaux sur un référentiel organisationnel des soins oncologiques de support définissant notamment les modalités d'évaluation des besoins en soins de support et le parcours.

Ce forfait se mettra en place sur la base d'un cahier des charges par des acteurs (établissements de santé, professionnels de santé...) sélectionnés par les agences régionales de santé et le déploiement de ces parcours globaux, en post-traitement du cancer, sera soutenu par un financement du fonds d'intervention régional de 10 M€ environ la première année.

La mesure s'inscrit dans le cadre du Plan National de Santé Publique, du Plan Cancer et des annonces du Comité interministériel pour la santé du 25 mars 2019.

Article 41

- ① I. – L'article L. 231-2 du code du sport est ainsi modifié :
- ② a) Au début du I, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » ;
- ③ b) Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :
- ④ « III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif, qu'elles renseignent avec lui.
- ⑤ « Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un examen médical.
- ⑥ « Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »
- ⑦ II. – L'article L. 231-2-1 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « *Art. L. 231-2-1.* – I. – L'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée est, sous réserve des II et III, subordonnée à la présentation d'une

licence permettant la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive mentionnée à l'article L. 231-2 dans la discipline concernée.

- ⑨ « II. – Pour les personnes majeures non licenciées, l'inscription est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition.
- ⑩ « III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription est subordonnée à l'attestation par les personnes exerçant l'autorité parentale de la réalisation d'une autoévaluation de l'état de santé du sportif qu'elles renseignent avec lui.
- ⑪ « Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse à l'autoévaluation conduit à un nouvel examen médical.
- ⑫ « Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »

Exposé des motifs

La mesure vise à simplifier le cadre légal des certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive pour les mineurs, jusqu'à 18 ans, pour les disciplines sportives sans contraintes particulières, afin de favoriser l'activité sportive et tenir compte de la refonte du parcours de prévention des jeunes mis en place en 2019. Pour les mineurs, l'obligation de produire un certificat médical de non contre-indication est en effet devenue une contrainte redondante avec la réorganisation, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, du parcours de santé et de prévention des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. C'est à l'occasion des consultations obligatoires, réalisées par un médecin, qui jalonnent ce parcours, prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, qu'il sera possible de vérifier, de manière adaptée à l'âge de l'enfant, son aptitude à la pratique sportive, cet examen s'insérant au sein d'un bilan de santé plus global.

Dès lors la production de certificats médicaux ne sera plus obligatoire sauf en cas de doute sur l'état de santé résultant d'une autoévaluation, ce qui facilitera l'accès à la pratique sportive et libèrera du temps médical. L'autoévaluation permettra de s'assurer qu'un médecin a été consulté

dernièrement. Des actions de communication seront menées à destination des médecins et des acteurs du monde du sport.

Article 42

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au II de l'article L. 162-23-15, dans sa rédaction issue de l'article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 :
- ③ a) Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsqu'un établissement ne satisfait pas à l'obligation de recueil d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'autorité administrative dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint. » ;
- ⑤ b) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 162-30-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de tout établissement de santé relevant de leur ressort géographique et identifié par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au deuxième alinéa. Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalablement à la conclusion du contrat. Celui-ci a pour objet d'améliorer la pertinence et l'efficacité des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.
- ⑨ « Sont soumis à l'obligation prévue au premier alinéa les établissements qui relèvent de priorités nationales définies par l'arrêté pris en application du premier alinéa de l'article L. 162-30-3, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie, ou qui ne respectent pas un ou plusieurs référentiels de pertinence et d'efficacité des actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant,

ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés au même article, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

- ⑩ « Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés au même article, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.
- ⑪ « En cas de refus par l'établissement de santé identifié de conclure ce contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie.
- ⑫ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;
- ⑬ 3° A l'article L. 162-30-3 :
- ⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;
- ⑮ b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet dédié à ce plan dans le » ;
- ⑯ c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet dédié à ce plan dans le » ;
- ⑰ d) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑱ « Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce

dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- ⑲ « Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné précédemment, les catégories et nombre d'actes, prestations ou prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet dédié à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;
- ⑳ 4° L'article L. 162-30-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉑ « *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle.
- ㉒ « Le directeur général de l'agence régionale de santé alloue, en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie et du degré de réalisation des objectifs fixés au contrat, un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.
- ㉓ « A l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu inscrit au volet mentionné au quatrième alinéa du même article, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code.
- ㉔ « La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique. L'abattement et la minoration forfaitaires sont fixés pour une durée limitée selon un barème établi au niveau national et sont notifiés à l'établissement dans des conditions définies par décret. L'abattement ne peut excéder 50 % du tarif national et la minoration ne peut réduire de plus de 50 % la part prise en charge par les

régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

- ②⑤ « A l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.
- ②⑥ « Un décret précise les modalités d'application du présent article, et notamment les critères utilisés par les agences régionales de santé pour apprécier les taux de délivrance par les établissements des actes, prestations et prescriptions concernés. » ;
- ②⑦ 5° Il est inséré, après l'article L. 162-30-4, un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :
- ②⑧ « *Art. L. 162-30-4-1.* – Lorsque l'agence régionale de santé constate, sur un ou plusieurs territoires, l'absence persistante de délivrance d'un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'État, et lorsque cette absence est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle peut décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités. »
- ②⑨ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③⑩ 1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, sont insérés, après les mots : « à l'article L. 5311-1 », les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;
- ③⑪ 2° A l'article L. 1435-7 :
- ③⑫ a) Au deuxième alinéa, sont insérés, après le mot : « médecin », les mots : « ou de pharmacien » ;
- ③⑬ b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au ».
- ③⑭ III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas identifiés en application des dispositions de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

Exposé des motifs

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), créé par la LFSS pour 2016, est un contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance maladie. Il fixe les objectifs de régulation des dépenses, d'amélioration des pratiques dans un cadre contractuel unique.

En s'appuyant sur un travail de co-construction avec les acteurs concernés, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle étape de simplification de cet outil en le recentrant autour d'un nombre limité de priorités axées sur la pertinence, en renforçant le dispositif d'intéressement des établissements aux économies réalisées pour l'assurance maladie et en le ciblant sur les établissements à plus fort enjeu.

En complément de cet outil contractuel, il est proposé de compléter les leviers des agences régionales de santé en direction des établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales pour des activités comparables. Les ARS pourront ainsi fixer des volumes cibles attendus pour certains des actes, prestations et prescriptions concernés dans les établissements identifiés et, en cas de persistance à l'issue d'une période de deux ans, appliquer un abattement, pour une liste limitative d'actes arrêtée au niveau national, sur les tarifs nationaux, dans la limite de 50 % en-deçà du tarif national. L'approche territoriale retenue permet de prendre en compte les spécificités des besoins de la population des territoires concernés.

Article 43

- ① I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du I, les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont remplacés par les deux phrases suivantes : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet, dans cette même indication, d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins du patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription. » ;

- ③ 2° Le dernier alinéa du III est complété par les mots : «, sauf lorsqu’il existe une autre spécialité comparable disposant d’une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu’il existe suffisamment de recul sur les conditions d’utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;
- ④ 3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Il peut être dérogé à l’obligation d’un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu’il existe une autre spécialité comparable disposant d’une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu’il existe suffisamment de recul sur les conditions d’utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;
- ⑥ 4° L’article est complété par un V ainsi rédigé :
- ⑦ « V. – Le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut saisir l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d’une demande d’élaboration d’une recommandation temporaire d’utilisation. »
- ⑧ II. – Après l’article L. 5121-12-1 du même code, il est inséré, un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 5121-12-1-1.* – Le prescripteur peut conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests à caractère médical, notamment d’examens biologiques ou d’orientation diagnostique, au moyen d’une ordonnance dite de dispensation conditionnelle. »
- ⑩ III. – A l’article L. 5121-20 du même code, il est rétabli un 15° ainsi rédigé :
- ⑪ « 15° Les modalités de prescription et les conditions d’identification des médicaments pour lesquels il peut être recouru à l’ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l’article L. 5121-12-1-1 ; »
- ⑫ IV. – Le 6° du II de l’article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑬ 1° Après les mots : « récidive après » sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;
- ⑭ 2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

- ⑮ « Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire. »
- ⑯ V. – Le III de l'article L. 160-13 du même code est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ⑱ « 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;
- ⑲ 2° Au cinquième et au septième, devenus sixième et huitième, alinéas, les mots : « mentionnés aux 1°, 2° et 3° » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° » ;
- ⑳ 3° Le sixième, devenu septième, alinéa est complété par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».
- ㉑ VI. – L'article L. 162-16-1 du même code est ainsi modifié :
- ㉒ 1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale » ;
- ㉓ 2° Après le 15°, il est inséré, un 16° ainsi rédigé :
- ㉔ « 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission que lui confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests de diagnostic rapide. La tarification tient compte du prix unitaire du test calculé à partir du prix de cession mentionné à l'article L. 162-16-4-3 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;
- ㉕ 3° Au 23^{ème} et au 24^{ème} alinéas, les mots : « à 15° » sont remplacés par les mots : « à 16° ».
- ㉖ VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du même code, dans sa rédaction issue du 7° du II de l'article 29 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :
- ㉗ « *Art. L. 162-16-4-4.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent arrêter le prix de cession maximal auquel peuvent être vendus aux pharmaciens d'officine les tests de diagnostic rapide mentionnés au 16° de l'article L. 162-16-1. La fixation peut tenir compte des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests, des prix de vente pratiqués en France et

dans d'autres pays européens et, le cas échéant, du prix et du volume d'achat de tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants. »

- ⑳ VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du même code est complétée par les mots : « , ou de délivrance lorsque ce médicament est prescrit sur une ordonnance de dispensation conditionnelle mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du même code ».
- ㉑ IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du même code, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 162-17-2-3. – I. –* Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge.
- ㉑ « II. – La pénalité prévue au I ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.
- ㉒ « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'écart constaté aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique ou au niveau d'efficacité attendu pour les dépenses d'assurance maladie. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année.
- ㉓ « III. – La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le produit de celle-ci est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

- ③④ « IV. – Les modalités d’application du présent article sont définies par décret en Conseil d’Etat. »
- ③⑤ X. – L’article L. 162-22-7-4 du même code est ainsi modifié :
- ③⑥ 1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l’article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l’assurance maladie » et après les mots : « produits de santé, » sont insérés, les mots : « ou relatifs à l’efficience des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l’assurance maladie, » ;
- ③⑦ 2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l’efficience des prescriptions » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul ».
- ③⑧ XI. – Le II de l’article L. 315-2 du même code est ainsi modifié :
- ③⑨ 1° Le paragraphe est précédé d’un A ;
- ④⑩ 2° A la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « peut être prise », la fin de la phrase est remplacée par les dispositions suivantes : «, à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l’une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l’article L. 162-17, ou au titre de l’un des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 et L. 165-11 du présent code ou de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;
- ④⑪ 2° Il est ajouté trois alinéas ainsi rédigés :
- ④⑫ « B. – Pour l’application du présent II :
- ④⑬ « 1° Dans le cas d’une transmission électronique des éléments permettant de demander l’accord en vue de la prise en charge d’une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l’identification de l’émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d’Etat ;
- ④⑭ « 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l’obligation d’homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l’ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet

2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

Exposé des motifs

Cet article vise à renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des produits de santé.

La lutte contre l'antibiorésistance est l'un des enjeux mondiaux de santé publique, dont le facteur principal est le mésusage des antibiotiques. Notamment, les antibiotiques sont trop souvent prescrits pour des angines virales, contre lesquelles ils sont pourtant inefficaces. Le Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) permet de différencier angines virales et bactérienne mais est encore peu utilisé par les médecins. L'article permet, comme le Gouvernement l'a annoncé lors du dernier comité interministériel de la santé, de prendre en charge un TROD lorsqu'il est réalisé en pharmacie d'officine.

Par ailleurs, certaines pratiques industrielles et commerciales conduisent au mésusage des antibiotiques et d'autres médicaments, notamment l'absence de conditionnements conformes aux posologies. La mesure permet donc d'inciter les industriels à revoir le conditionnement de certains médicaments pour éviter de dispenser trop d'unités par rapport aux besoins.

De nombreuses actions ont en outre récemment été mises en œuvre pour favoriser le développement des médicaments biologiques similaires (biosimilaires). Il apparaît toutefois que certains laboratoires commercialisant les médicaments de référence proposent parfois des prix très bas aux établissements de santé pour encourager (en sortie d'hospitalisation) la prescription de leur produit en ville, à un prix beaucoup plus élevé. Si une économie est ainsi générée pour les établissements de santé, cela conduit à un surcoût global pour le système de santé. Pour contourner ces difficultés, et renforcer l'efficience globale des prescriptions, la mesure permet d'inciter financièrement les établissements de santé à acheter des médicaments qui bénéficieront globalement au système de santé.

Pour renforcer la pertinence des prescriptions, et pallier les pratiques conduisant certains laboratoires à ne pas demander une autorisation de mise sur le marché pour certaines indications de leurs produits, la mesure précise également les conditions d'octroi des recommandations temporaires

d'utilisation par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Enfin, à la suite du rapport IGF/IGAS de juillet 2017 soulignant les limites des dispositifs d'accompagnement de type « mise sous objectif » et « mise sous accord préalable » sur le long terme, la mesure permet d'adapter une approche plus graduée pour prononcer une pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription alors qu'ils ont fait l'objet de nombreuses mesures d'accompagnement sur plusieurs exercices.

Article 44

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au II de l'article L. 162-31-1 :
- ③ a) Au *a* du 1°, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérés les références : « L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;
- ④ b) Le 1° est complété par les dispositions suivantes :
- ⑤ « *f*) L'article L. 162-13-2 pour permettre le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ; »
- ⑥ c) Le 2° est complété par les dispositions suivantes :
- ⑦ « *k*) Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18 du code de santé publique, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;
- ⑧ « *l*) Le deuxième alinéa de l'article L. 6312-4 du même code, en tant qu'il concerne l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport. » ;
- ⑨ 2° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑩ « Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et

si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »

- ⑪ II. – L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑫ 1° Au début du premier alinéa, il est inséré « I. » ;
- ⑬ 2° Au premier alinéa, après les mots : « terrestres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;
- ⑭ 3° Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑮ « II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑯ « III. – Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. »
- ⑰ III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».
- ⑱ IV. – Les *b* et *c* du 1° du I et le III s'appliquent à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑲ V. – Les dispositions du *a* du 1° du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

Exposé des motifs

Le transport sanitaire est un maillon important dans la chaîne de soins et le deviendra encore davantage compte-tenu des évolutions que connaît notre système de santé (développement des pathologies chroniques, virage ambulatoire...). La présente mesure a pour ambition d'accompagner l'adaptation du secteur des transports sanitaires à ces enjeux.

Depuis 2012, les dépenses de transport sanitaire connaissent une dynamique de croissance annuelle importante de 4,6% en moyenne. En outre, près des deux tiers des prescriptions de transport sont réalisés par les

hôpitaux. C'est pourquoi, dès 2016, une réforme visant à transférer une partie de ces dépenses dans les budgets des établissements de santé a été votée (cf. article 80 de la LFSS pour 2017). Entrée en vigueur le 1er octobre 2018, elle a révélé les difficultés structurelles rencontrées par le secteur et mis au jour les défis auxquels transporteurs, patients, établissements de santé et administrations devront faire face dans les prochaines années. Le Gouvernement a ainsi institué une instance nationale de dialogue, et souhaite accompagner les acteurs vers une meilleure organisation, notamment en réformant la réglementation encadrant les transports sanitaires urgents, et permettant le développement de nouveaux modes de transport de patients et en facilitant le développement de modes d'organisation expérimentaux.

La présente mesure entend, dans ce cadre, proposer de nouvelles perspectives pour le secteur. D'abord, elle vise à encourager le développement du transport partagé, en sécurisant sa base légale pour qu'il devienne une pratique plus usuelle.

Ensuite, elle prolonge des projets expérimentaux en cours en matière de garde ambulancière afin de lisser la transition vers une réforme globale de cette activité en 2020.

Enfin, elle élargit le champ des expérimentations au secteur des transports sanitaires, afin de permettre le développement de projets à l'initiative des acteurs de terrain, présentant un intérêt significatif pour l'amélioration de la prise en charge, tels que de nouvelles modalités d'organisation et de répartition entre véhicules sanitaires légers et ambulances ou taxis.

TITRE II

PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE 1^{ER}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

- ② 1° A l'article L. 14-10-9 :
- ③ a) Au premier alinéa, après les mots : « dernier alinéa », sont insérés les mots : « du VI » ;
- ④ b) Au dernier alinéa, après les mots : « mentionnés au », sont insérés le mot : « présent » ;
- ⑤ c) Il est inséré après le *b* un *c* ainsi rédigé :
- ⑥ « c) Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale ; »
- ⑦ 2° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, les mots : « au titre des prestations familiales » sont remplacés par les mots : « au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, des prestations familiales ».
- ⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Au troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, les mots : « que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et » sont remplacés par les mots : « des dispositions des quatrième à neuvième alinéas et si l'assuré », et les mots : « mentionnées aux titres » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, aux titres » ;
- ⑩ 2° Aux sixième, onzième et treizième alinéas du même article L. 133-4-1, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- ⑪ 3° Au 1° du II de l'article L. 136-8 :
- ⑫ a) Les mots : « ainsi que les indemnités » sont remplacés par les mots : «, les indemnités » ;
- ⑬ b) Cet alinéa est complété par les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 du présent code ; »
- ⑭ 4° Après le chapitre VIII du titre VI du livre 1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VIII bis, comprenant neuf articles numérotés L. 168-8 à L. 168- 16, ainsi rédigé :

- ⑮ « Chapitre VIII bis
- ⑯ « Allocation journalière du proche aidant
- ⑰ « Art. L. 168-8. – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code, ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.
- ⑱ « Art. L. 168-9. – Le montant de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 est défini par décret. Ce montant est majoré selon des modalités fixées par décret lorsque l'aidant est une personne isolée.
- ⑲ « Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.
- ⑳ « Le nombre d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.
- ㉑ « Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.
- ㉒ « Art. L. 168-10. – L'allocation journalière n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.
- ㉓ « L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :
- ㉔ « 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;
- ㉕ 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 623-1 et L. 663-1 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 5556-9 et L. 5556-10 du code des transports ;

- ②6 « 3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;
- ②7 « 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;
- ②8 « 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;
- ②9 « 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;
- ③0 « 7° L'allocation aux adultes handicapés ;
- ③1 « 8° L'allocation journalière de présence parentale ;
- ③2 « 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- ③3 « 10° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245- 3 du code de l'action sociale et des familles.
- ③4 « Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.
- ③5 « Art. L. 168-11. – L'allocation journalière du proche aidant est servie et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie contre remboursement, y compris des frais de gestion engagés par ces organismes. Le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est assuré par la part des crédits mentionnés au c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles et, pour le solde, par les fonds propres de cette même caisse.
- ③6 « Art. L. 168-12. – L'action en paiement de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 par le bénéficiaire et l'action en recouvrement par l'organisme en cas de versement indu se prescrivent selon les délais prévus à l'article L. 553-1.
- ③7 « Art. L. 168-13. – Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, et sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère

indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, l'organisme payeur peut procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du présent code, du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou des aides personnelles au logement mentionnées à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitation. Ces retenues sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.

- ③⑧ « Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées à l'alinéa précédent, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues par ce même alinéa.
- ③⑨ « Les dispositions des quatrième à treizième alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.
- ④⑩ « Art. L. 168-14. – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours administratif préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.
- ④① « Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.
- ④② « Le bénéficiaire de l'allocation journalière proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.
- ④③ « Art. L. 168-15. – Les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-10-2, L. 114-11 à L. 114-17, L. 114-19, L. 114-20 à L. 114-22 et L. 161-1-4 du présent code sont applicables à l'allocation journalière du proche aidant.
- ④④ « Art. L. 168-16. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;

- ④5 5° Au quatrième alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction issue du 4° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du a du 2° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées à l'article L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;
- ④6 6° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④7 « La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;
- ④8 7° Au premier alinéa de l'article L. 553-2, dans sa rédaction issue du a du 3° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8 et aux titres II et IV » ;
- ④9 8° Au cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction issue du 6° du I de l'article 77 de la loi du 22 décembre 2018 précitée et du a du 4° de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « mentionnées au titre V » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 168-8, au titre V » ;
- ④0 9° Au premier alinéa de l'article L. 821-5-1, dans sa rédaction issue du a du 5° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, avant les mots : « soit au titre des prestations familiales » sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;
- ④1 10° Au troisième alinéa de l'article L. 845-3, dans sa rédaction issue du a du 6° de l'article 1er de l'ordonnance du 24 juillet 2019 précitée, les mots : « par l'article L. 511-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ».
- ④2 III. – Le Gouvernement remet un rapport au Parlement au plus tard le 1er janvier 2022 relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du

proche aidant. Ce rapport s’attache également à analyser l’articulation de cette allocation avec d’autres prestations.

⑤③ IV. – Les dispositions du présent article s’appliquent aux demandes d’allocation visant à l’indemnisation de jours de congé du proche aidant ou de cessation d’activité postérieurs à une date fixée par décret et au plus tard au 30 septembre 2020.

⑤④ Les dispositions de l’article L. 168-13 du code de la sécurité sociale issues du 4° du II du présent article entrent en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d’Etat prévu à l’article 3 de l’ordonnance du 24 juillet 2019 précitée.

Exposé des motifs

Huit à onze millions de personnes aident un proche en situation de dépendance en raison d’une situation de handicap, de l’âge ou d’une maladie, de manière régulière et non professionnelle. Le rôle des aidants est essentiel et contribue fortement au maintien à domicile des personnes dépendantes. Le vieillissement et la perte d’autonomie croissante de la population renforcera le rôle fondamental des proches aidants à l’avenir, faisant de ce sujet un enjeu social et sociétal majeur. Aussi, beaucoup d’initiatives ont été conduites pour renforcer le soutien des proches aidants. En particulier, la loi du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement (dite « ASV ») a fait de la reconnaissance des aidants et de leur soutien un axe fort de nos politiques de solidarité, que le Gouvernement souhaite approfondir. Elle a créé le congé de proche aidant qui remplace depuis 2016 le congé de soutien familial. Aujourd’hui, le recours à ce congé, non indemnisé, semble pourtant particulièrement faible.

Aussi, à la suite des propositions récemment portées par plusieurs parlementaires, et des recommandations du rapport remis par Dominique Libault en mars 2019 sur le grand âge et l’autonomie, il est proposé d’indemniser, pour les salariés, pour les travailleurs indépendants, comme pour les agents publics, le congé de proche aidant, à l’instar du congé de présence parentale et du congé de soutien d’un proche en fin de vie. Cet article ouvre donc le droit à une allocation journalière versée pendant une durée équivalente à 3 mois de travail sur l’ensemble de la carrière. Le montant de cette allocation, déterminé par décret, pourrait être équivalent à l’allocation journalière de présence parentale. La prise en compte de droits retraite pendant l’indemnisation du congé proche aidant est également prévue dans le cadre de l’assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

Article 46

① I. – Le livre 4 du code de la sécurité sociale est complété par un titre 9 ainsi rédigé :

② « TITRE 9

③ « **INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES**

④ « *Art. L. 491-1.* – Obtiennent, sur demande, dans les conditions prévues au présent titre, une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française :

⑤ « 1° Au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles :

⑥ « *a)* Les assurés relevant des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles du régime général ou du régime des salariés agricoles ;

⑦ « *b)* Les assurés relevant du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles ;

⑧ « *c)* Les assurés relevant du régime des accidents et des maladies professionnelles en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

⑨ « 2° Au titre de la solidarité nationale :

⑩ « *a)* Les assurés non-salariés agricoles mentionnés aux *b* et *c* du 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du présent article ;

⑪ « *b)* Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime et qui auraient cessé leur activité non salariée agricole antérieurement au 1er avril 2002 ;

- ⑫ « *c*) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa.
- ⑬ « Les dispositions du présent titre ne sont applicables aux personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° que si la maladie mentionnée au premier alinéa présente un caractère professionnel.
- ⑭ « La nature et le montant des prestations et indemnités versées aux personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° sont, en principe, déterminées selon les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les intéressés. Toutefois, les personnes mentionnées aux *a* et *b* du 2° peuvent obtenir un complément d'indemnisation, dont les modalités de calcul sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, par rapport aux règles fixées par les dispositions du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 qui leur sont applicables.
- ⑮ « Les enfants mentionnés au *c* du 2° bénéficient, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, d'une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels.
- ⑯ « La réparation prévue aux alinéas précédents, qui présente un caractère forfaitaire, ne fait pas obstacle à l'engagement d'une action juridictionnelle, selon les voies de recours de droit commun.
- ⑰ « *Art. L. 491-2.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 selon des règles de procédure définies par décret.
- ⑱ « Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur son imputabilité aux pesticides mentionnés au premier alinéa de l'article L. 491-1 et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de son état ainsi que le taux d'incapacité permanente du demandeur.
- ⑲ « Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1 du code de la sécurité sociale, aux caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du même code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance

accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code, sa décision portant sur les points mentionnés à l'alinéa précédent afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de cet article.

- ⑳ « *Art. L. 491-3.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime instruit les demandes relatives aux enfants mentionnés au *c* du 2° de l'article L. 491-1 et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.
- ㉑ « Il appartient au demandeur ou à son représentant légal de produire des éléments de nature à établir l'exposition à des pesticides et à justifier de son état de santé.
- ㉒ « Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est avéré, à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation mentionnant l'évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l'intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. A défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.
- ㉓ « *Art. L. 491-4.* – Le demandeur informe le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis à l'article L. 491-1 qu'il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.
- ㉔ « Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

- 25 « Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.
- 26 « Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires.
- 27 « *Art. L. 491-5.* – En ce qui concerne les demandes présentées par les personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1, les règles de droit commun du contentieux prévu par le régime de sécurité sociale dont relève le demandeur sont applicables sous réserve des adaptations le cas échéant fixées par décret en Conseil d'État.
- 28 « En ce qui concerne les demandes relatives aux enfants mentionnés au *c* du 2° de l'article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au troisième de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.
- 29 « *Art. L. 491-6.* – Le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes et organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des indemnités à la charge de ces personnes.
- 30 « Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices, ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues par les articles L. 376-1 et L. 454-1.
- 31 « Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

- ③② « *Art. L. 491-7.* – Pour les enfants mentionnés au *c* du 2° de l'article L. 491-1, le droit à indemnisation par le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime se prescrit par dix ans à compter de la consolidation du dommage. »
- ③③ II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ③④ 1° A l'article L. 253-8-2 :
- ③⑤ a) Au IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».
- ③⑥ b) Le VI est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑦ « VI. – Le produit de la taxe est affecté :
- ③⑧ « 1° A l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;
- ③⑨ « 2° Au Fonds d'indemnisation des victimes des pesticides mentionnés à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de ce même article, pour sa part restante. » ;
- ④⑩ 2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :
- ④⑪ « *Art. L. 723-13-3.* – Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion. Il est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. La mutualité sociale agricole met à disposition du fonds les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions.
- ④⑫ « Le fonds enregistre en recettes :
- ④⑬ « 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 pour la part mentionnée au 2° du VI de cet article ;

- ④ « 2° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
- ④ « 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;
- ④ « 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance-accidents du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;
- ④ « 5° Les sommes perçues en application des dispositions de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;
- ④ « 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.
- ④ « Le fonds enregistre en dépenses :
- ④ « 1° La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;
- ④ « 2° Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.
- ④ « Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.
- ④ « Un décret en Conseil d'Etat définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa. »
- ④ III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

- ⑤ IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, les personnes mentionnées au 1° et au *a* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, sous réserve que le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur ait été délivré après le 31 décembre 2009.
- ⑥ Les personnes mentionnées au *b* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.
- ⑦ Par dérogation à l'article L. 491-7, les personnes mentionnées au *c* du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de délivrance du certificat médical établissant le lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides.

Exposé des motifs

La création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides s'inscrit dans la continuité des démarches volontaristes engagées par le Gouvernement en matière de réduction de l'utilisation de ces produits et de juste réparation des victimes.

En effet, des travaux visant à l'amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles dans le cadre des branches accidents du travail - maladies professionnelles (AT/MP) du régime général et du régime agricole ont été engagés par le Gouvernement dès 2018, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ayant été saisis sur ce sujet. Leurs études – déjà remises par l'INSERM s'agissant de la chlordécone – alimenteront les travaux des instances dédiées à la création ou à la révision des tableaux de maladies professionnelles que sont, s'agissant du régime général, la commission des pathologies professionnelles (CS4) du Conseil d'orientation des conditions

de travail (COCT) et, pour le régime agricole, la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP).

En fonction des résultats de ces travaux, la création de tableaux dédiés aux pesticides, en plus de ceux existant déjà au régime agricole pour la maladie de Parkinson (tableau n°58) et les hémopathies malignes (tableau n°59), simplifiera l’instruction des demandes de reconnaissance de maladie professionnelle pour les assurés en remplissant les critères, qui bénéficieront dans un tel cas d’une présomption de reconnaissance de maladie professionnelle sans avoir à en apporter la preuve.

En complément, la création d’un fonds centralisant et instruisant les demandes de reconnaissance permettra de faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles, en rendant la procédure plus simple, plus rapide et plus juste : le fonds, qui prendra la forme d’une entité dédiée au sein de la CCMISA ou de plusieurs caisses de MSA référentes, instruira en effet les demandes en lieu et place des caisses primaires d’assurance maladie (CPAM) et des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) aujourd’hui compétentes, afin que les décisions soient rendues plus rapidement et de manière plus homogène sur le territoire.

La création du fonds garantira également la réparation de l’ensemble des personnes dont la maladie est liée à une exposition professionnelle aux pesticides, en étendant l’indemnisation, d’une part, aux non-salariés agricoles ayant accédé à la retraite avant la création du régime obligatoire AT/MP en 2002 et, d’autre part, aux enfants exposés pendant la période prénatale du fait de l’activité professionnelle de leurs parents. Enfin, le fonds assurera une réparation plus équitable des non-salariés agricoles, qui sera pour partie alignée sur celle, plus favorable, des salariés agricoles.

Les dépenses liées à l’indemnisation des victimes professionnelles selon les règles de droit commun de la réparation des AT/MP seront supportées, comme dans le système actuel, par les cotisations AT/MP des employeurs. Le financement du fonds, lié au versement du complément d’indemnisation, ainsi qu’à l’indemnisation des exploitants agricoles et à celle des enfants, reposera quant à lui sur l’affectation de ressources fiscales assises sur les ventes de produits phytopharmaceutiques. Le plafond de cette taxe est fixé à 3,5 % sur la base des dépenses prévisionnelles à échéance 2030. Les taux applicables chaque année seront quant à eux précisés par arrêté et calibrés de manière à couvrir les besoins du fonds : en 2020, le taux sera ainsi fixé à 0,9 %. Il évoluera, le cas échéant, en fonction des dépenses prévisionnelles réajustées.

Article 47

- ① Après le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est rétabli un III *bis* ainsi rédigé :
- ② « III *bis*. – Le fonds peut financer les dépenses d'investissement des établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite des crédits affectés au fonds en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. »

Exposé des motifs

En 2016, 75 000 personnes ont été blessées dans un accident de la route et près de 30 000 ont dû être hospitalisées. Diverses structures sanitaires et médico-sociales interviennent dans la prise en charge de ces accidentés de la route.

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge des accidentés de la route, des investissements importants peuvent être nécessaires à la modernisation et à la transformation de ces structures dont la taille et la nature d'activité peuvent justifier un accompagnement spécifique au niveau national. En effet, bien que l'effort d'investissement soit dans une proportion très importante réalisé par les acteurs eux-mêmes par autofinancement ou par recours à l'emprunt, l'appui de l'échelon national peut être nécessaire pour conduire les opérations les plus lourdes. C'est la raison pour laquelle la mesure n° 4 du Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) du 9 janvier 2018 prévoit la mise en place d'un accompagnement national à la modernisation des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation et des établissements et services médico-sociaux destinés à la prise en charge des accidentés de la route.

Conformément à l'article 31 de la loi de finances initiale pour 2019, le surcroît de recettes devant résulter de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes à partir du 1er juillet 2018, estimé à 26 M€ au titre du reste de l'année 2018, a été affecté aux ressources 2019 du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer cet accompagnement.

Or le champ des bénéficiaires du FMESPP est actuellement limité dans la loi aux établissements sanitaires. Ainsi, afin de garantir une mise en œuvre pleine et effective des engagements pris dans le cadre du CISR, la

mesure proposée permettra aux établissements sociaux et médico-sociaux de bénéficier à compter de 2020 de crédits du FMESPP pour le financement de leurs investissements en lien avec les financements prévus par le CISR.

CHAPITRE 2

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48

- ① I.- Le code civil est ainsi modifié :
- ② 1° A l'article 373-2-2 :
- ③ a) Avant le premier alinéa, il est inséré un : « I.- » ;
- ④ b) Les deuxième à cinquième alinéas sont remplacés par dix-sept alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées, selon le cas, par :
- ⑥ « 1° Une décision judiciaire ;
- ⑦ « 2° Une convention homologuée par le juge ;
- ⑧ « 3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;
- ⑨ « 4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;
- ⑩ « 5° Une convention à laquelle l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ « Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.
- ⑫ « Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.

- ⑬ « II. – Lorsque la pension est fixée en tout ou partie en numéraire, son versement par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales au parent créancier peut être prévu pour la part en numéraire, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre II du titre VIII du livre cinquième du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :
- ⑭ « 1° Sur décision du juge, même d'office, lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur ;
- ⑮ « 2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;
- ⑯ « 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres visés aux 2° à 5° du I.
- ⑰ « Sauf lorsque l'intermédiation a été ordonnée dans les conditions du 1° du présent II, il peut être mis fin à l'intermédiation sur demande de l'un des parents adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales, sous réserve du consentement de l'autre parent.
- ⑱ « Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I ci-dessus, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Il en est de même dans le cas visé au 2° du I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.
- ⑲ « Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du I, ainsi que les modalités de leur transmission. »
- ⑳ 2° A l'article 373-2-3 :

- ⑳ a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;
- ㉑ b) Sont ajoutés les mots : « , sous les modalités et garanties prévues par la décision, l'acte ou la convention mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2. » ;
- ㉒ 3° A l'article 373-2-6 :
- ㉓ a) Au quatrième alinéa, les mots : « la convention de divorce par consentement mutuel » sont remplacés par les mots : « l'un des titres mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 373-2-2 » ;
- ㉔ b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».
- ㉕ II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉖ « 3° Pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 du code de la sécurité sociale dues par le bénéficiaire, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du même code. »
- ㉗ III. – Le code pénal est ainsi modifié :
- ㉘ 1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 du code civil » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil » ;
- ㉙ 2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », il est inséré les mots : « , ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».
- ㉚ IV. – Le code des procédures civiles et d'exécution est ainsi modifié :

- ③② 1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », il est inséré les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot « contresignée » est remplacé par le mot « contresigné » ;
- ③③ 2° A l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;
- ③④ 3° À l'article L. 213-1 :
- ③⑤ a) Il est inséré après le 1° un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ③⑥ « 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »
- ③⑦ b) Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③⑧ « 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »
- ③⑨ c) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ④① « 4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- ④② 4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④③ « Par dérogation aux deuxième et troisième alinéas, lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales agit pour le compte d'un créancier d'aliments, la procédure de paiement direct est applicable aux termes échus de la pension alimentaire dans la limite des vingt-quatre derniers mois avant la notification de la demande de paiement direct. Dans ce cas, le règlement de ces sommes s'effectue sur une période maximale de vingt-quatre mois dans des conditions définies par décret en conseil d'État. »
- ④④ V.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④⑤ 1° Au IV de l'article L. 523-1 :
- ④⑥ a) Au 1°, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

- 46) b) Il est inséré après le 3° un 4° ainsi rédigé :
- 47) « 4° Une convention homologuée par le juge »
- 48) 2° Au I de l'article L. 553-4 :
- 49) a) Au deuxième alinéa, les mots : « dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions » sont remplacés par les mots : « selon les modalités » ;
- 50) b) Au 1°, après les mots : « des enfants », il est inséré les mots : « , ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;
- 51) c) Après le 2°, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :
- 52) « Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.
- 53) « Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le recouvrement de la pension alimentaire peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;
- 54) 3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 55) « Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;
- 56) 4° L'article L. 582-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- 57) « Art. L. 582-1. - I. – Les organismes débiteurs des prestations familiales sont chargés de l'intermédiation financière des pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil dans les conditions et selon les modalités suivantes.
- 58) « Cette intermédiation est mise en œuvre :
- 59) « 1° Dans les conditions définies au II de l'article 373-2-2 du code civil, lorsqu'elle est prévue par une décision de justice ou un acte mentionné au même II ;

- ⑥⑩ « 2° A défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.
- ⑥⑪ « Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :
- ⑥⑫ « a) Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;
- ⑥⑬ « b) Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue à l'article L. 512-1 ;
- ⑥⑭ « c) Le parent débiteur n'est pas considéré comme hors d'état de faire face au versement de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant au sens du 3° du I de l'article L. 523-1, hors le cas où cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- ⑥⑮ « Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.
- ⑥⑯ « II. – Le parent créancier et le parent débiteur sont tenus de transmettre à l'organisme débiteur des prestations familiales les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière et de l'informer de tout changement de situation ayant des conséquences sur cette mise en œuvre.
- ⑥⑰ « Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées à l'alinéa précédent.
- ⑥⑱ « Les délais de transmission des informations mentionnées au premier alinéa du présent II, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.
- ⑥⑲ « En cas de silence gardé par le parent débiteur ou de refus de déférer à la demande de transmission de tout ou partie des informations sollicitées

dans un délai fixé par décret, la pension alimentaire est recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 581-1 à L. 581-10.

- ⑦⑩ « III. – Le parent débiteur est déchargé de l'obligation de verser la pension alimentaire entre les mains du parent créancier à compter de la date de mise en œuvre effective de l'intermédiation financière qui lui est notifiée par l'organisme débiteur des prestations familiales et tant que celle-ci est mise en œuvre.
- ⑦⑪ « IV. – Lorsqu'elle est mise en œuvre en application du 2° du I, l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de l'organisme débiteur des prestations familiales de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire.
- ⑦⑫ « Lorsque le parent créancier est bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier selon les modalités propres à cette prestation.
- ⑦⑬ « V. – Lorsque le débiteur opte pour un prélèvement bancaire, l'organisme bancaire est tenu d'aviser l'organisme débiteur des prestations familiales de la clôture du compte du débiteur ou de l'insuffisance de provision de ce compte dans des conditions fixées par décret.
- ⑦⑭ « VI. – En cas de défaut de versement de tout ou partie de la créance alimentaire par le parent débiteur à l'organisme débiteur des prestations familiales assurant l'intermédiation, la créance fait l'objet d'un recouvrement par cet organisme dès le premier impayé de la créance alimentaire selon toutes procédures appropriées.
- ⑦⑮ « Le créancier est tenu de rembourser directement à l'organisme débiteur des prestations familiales les montants de pension alimentaire versés à tort par son intermédiaire.
- ⑦⑯ « VII. – L'intermédiation financière cesse :
- ⑦⑰ « 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;
- ⑦⑱ « 2° A la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;
- ⑦⑲ « 3° Lorsque qu'un nouveau titre porté à la connaissance de l'organisme débiteur des prestations familiales a supprimé la pension alimentaire ou mis fin à son intermédiation par l'organisme débiteur des prestations familiales ;

- ⑧⑩ « 4° Sur demande d'un parent et sous réserve du consentement donné par l'autre parent, y compris lorsque l'intermédiation financière est prévue dans un titre exécutoire, sauf dans le cas prévu au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- ⑧⑪ « La qualification du parent débiteur comme étant hors d'état de faire face à son obligation de versement de la pension alimentaire emporte la suspension de l'intermédiation financière, sauf lorsque cette qualification repose sur un motif ayant conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au 1° du II de l'article 373-2-2 du code civil.
- ⑧⑫ « VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.
- ⑧⑬ « La mission d'intermédiation financière ou de délivrance des titres exécutoires peut être confiée à un autre organisme débiteur des prestations familiales selon les modalités prévues à l'article L. 122-6.
- ⑧⑭ « IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152-A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;
- ⑧⑮ 5° Au deuxième alinéa de l'article L. 582-2, les mots « et 2° » sont remplacés par les mots « , 2° et 4° » ;
- ⑧⑯ 6° A l'article L. 821-5 :
- ⑧⑰ a) La deuxième phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. » ;
- ⑧⑱ b) A la troisième phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;
- ⑧⑲ 7° L'article L. 845-5 est complété par les mots : « , sauf pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2. ».
- ⑧⑲ VI. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :
- ⑧⑲ 1° A l'article L. 152 :

- 92) a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :
- 93) « 8° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 94) b) Au neuvième alinéa, qui devient le dixième, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;
- 95) 2° A l'article L. 152 A :
- 96) a) Les mots : « nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs. » sont remplacés par le mot : « nécessaires : » ;
- 97) b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- 98) « 1° A l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;
- 99) « 2° A l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 100) 3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 101) « Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organismes de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »
- 102) VII.- A l'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires :
- 103) 1° Il est inséré après le 1° un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 104) « 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

- ⑩⑤ 2° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑩⑥ « 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »
- ⑩⑦ VIII.- Les dispositions des troisième à septième alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction issue du I, du 2° du III, du troisième alinéa du c du 2° et du 4° du V ainsi que les dispositions du VI s'appliquent à compter du 1er juin 2020, à l'exception des dispositions du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du 4° du V, qui s'appliquent à compter du 1er juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire et à compter du 1er janvier 2021 dans les autres cas.
- ⑩⑧ Les dispositions du 1° du III sont applicables aux faits commis après l'entrée en vigueur de la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2020.
- ⑩⑨ IX.- Les présentes dispositions s'appliquent dans les collectivités d'outre-mer dans les conditions suivantes :
- ⑩⑩ 1° Les dispositions du code civil dans leur rédaction résultant du I sont applicables à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 résultant du b) du 1° du même I ;
- ⑩⑪ 2° Pour l'application du III dans les îles Wallis et Futuna, la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie et les Terres australes et antarctiques françaises, à l'article 711-1 du code pénal, les termes : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » sont remplacés par les termes : « la loi n° de financement de la sécurité sociale pour 2020. » ;
- ⑩⑫ 3° Le IV est applicable à Wallis-et-Futuna ;
- ⑩⑬ 4° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement des pensions alimentaires est applicable dans les collectivités de Wallis-et-Futuna, de Polynésie française et de Nouvelle Calédonie.

Exposé des motifs

La séparation des parents constitue un bouleversement de la vie du foyer qui impacte les membres qui le composent et oblige les parents à repenser leurs relations pour la poursuite de l'entretien et de l'éducation des enfants. Offrir aux parents séparés de nouveaux droits et de nouvelles garanties pour leur permettre de se concentrer sur les aspects essentiels de l'éducation et du développement des enfants est apparu comme un enjeu majeur pour le Gouvernement, enjeu à la frontière des politiques prioritaires qu'il conduit depuis maintenant plus de deux ans que sont notamment la grande cause de l'égalité homme-femme et la prévention de la pauvreté.

Le Grand débat national a par ailleurs fait émerger avec force la problématique des difficultés auxquelles sont confrontées les familles notamment du fait des impayés de pension alimentaire. La question du versement de la pension alimentaire par le parent débiteur revêt en effet une importance souvent cruciale pour le foyer créancier de cette pension alors qu'on estime que 30 % des pensions alimentaires ne sont pas payées, ou payées de manière irrégulière. Cette problématique se pose avec d'autant plus d'acuité pour les familles monoparentales : les pensions alimentaires reçues représentent 18 % du revenu disponible du parent qui a la garde exclusive de l'enfant.

Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'accompagnement des familles dans le paiement des pensions alimentaires. L'objet de la mesure est de passer d'une logique de recouvrement a posteriori à une logique de prévention des impayés, en confiant à l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) mise en place par la branche famille une mission d'intermédiation financière. Dans ce cadre, les pensions alimentaires seront payées par le parent débiteur à l'agence qui se chargera de les reverser immédiatement au parent créancier. En cas de carence, l'agence engagera immédiatement une procédure de recouvrement de l'impayé auprès du parent débiteur et versera au parent créancier lorsqu'il est un parent isolé l'allocation de soutien familial (ASF) afin de compenser ou limiter la perte de revenus.

Ce nouveau droit se mettra en place par étapes. Ouvert dès le 1er juin 2020 pour toutes les nouvelles séparations si un des parents en fait la demande au juge ou si les parents s'accordent sur ce point pour les séparations amiables ainsi que, pour les parents déjà séparés, dans les cas où un impayé de pensions alimentaires a déjà été constaté, il sera élargi en janvier 2021 à l'ensemble des parents qui le souhaitent sans condition.

Article 49

- ① I. – Le code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Après l’article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 214-1-1. – Les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l’article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l’activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs disponibilités d’accueil à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;
- ④ 2° La première phrase du cinquième alinéa de l’article L. 421-3 est complétée par les mots :
- ⑤ « et, pour l’assistant maternel uniquement, s’il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées dans les conditions fixées par décret en Conseil d’État » ;
- ⑥ 3° Avant le dernier alinéa de l’article L. 421-4 est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d’information, notamment relatives à leurs disponibilités d’accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d’État. »
- ⑧ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

Exposé des motifs

Trouver une solution de garde pour ses enfants constitue un prérequis indispensable à l’accès ou au maintien dans l’emploi des parents, particulièrement pour les familles monoparentales, qui trop souvent s’éloignent du marché du travail en l’absence de solution d’accueil de leurs enfants.

Si le Gouvernement, pleinement engagé dans le développement de l’offre des modes d’accueil des jeunes enfants sur les territoires, a mobilisé des moyens financiers conséquents notamment dans le cadre de la

convention d'objectifs et de gestion signé avec la CNAF pour les années 2018 à 2022 pour répondre au besoin de création de places en crèches et à l'installation de nouveaux assistants maternels, la facilitation du recours aux modes d'accueil nécessite également d'améliorer l'information des familles sur l'offre disponible de manière à faciliter la mise en relation entre l'offre et la demande d'accueil des parents de jeunes enfants.

Pour améliorer l'accès aux places disponibles, le Gouvernement souhaite ainsi conduire les professionnels et structures d'accueil de la petite enfance à déclarer au fil de l'eau leurs disponibilités d'accueil pour mieux utiliser les capacités d'accueil et favoriser notamment la réponse aux besoins d'accueil ponctuels des parents, qui peuvent être cruciaux dans des démarches d'entrée en formation ou de recherche d'emploi. L'ensemble de ces informations seraient centralisées sur le site d'information www.mon-enfant.fr déployé par la CNAF afin de donner aux familles et aux acteurs locaux une vision complète de l'offre sur le territoire et de développer sur ces bases des outils de recherche et de mise en relation entre les parents et les modes d'accueil susceptibles de répondre à leur besoin. À ce titre, cette mesure s'inscrit pleinement dans le cadre de l'engagement pris par le Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale du 12 juin, de création d'un service unique d'information des familles en 2020 pour connaître en temps réel les places de crèches et d'assistants maternels disponibles.

Article 50

- ① I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :
- ② 1° A l'article 8 :
- ③ a) A la deuxième phrase du deuxième alinéa, après les mots « revalorisé par arrêté », les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail. » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;
- ④ b) Il est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa d'un montant inférieur à une

somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

- ⑥ 2° A la section 4 *bis* :
- ⑦ a) L'article 10-1 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « *Art. 10-1.* – Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;
- ⑨ b) L'article 10-2 est abrogé ;
- ⑩ 3° A l'article 12, après le mot : « articles », il est inséré la référence : « L. 133-3 ».
- ⑪ II. – 1° Le *a* du 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.
- ⑫ 2° Le bénéfice des dispositions du *b* du 1° du I est ouvert au titre de la rentrée scolaire 2020, et la prestation peut être versée jusqu'au 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.
- ⑬ 3° Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

Exposé des motifs

Conformément au plan d'action pour l'avenir des mahorais annoncé par le Gouvernement au printemps 2018, le présent article a pour objectif de compléter la dynamique de convergence progressive du régime de prestations familiales applicable à Mayotte sur celui de la métropole, dans un souci de simplification et d'équité. Cette dynamique de convergence des prestations s'est traduite notamment par l'alignement, qui sera complètement achevé en 2021, des dispositions applicables aux allocations familiales, ainsi que par la mise en place de la majoration du complément familial. Le régime des prestations familiales se caractérise en outre, comme pour les autres départements d'outre-mer, par l'application de certaines dispositions plus favorables que sur le territoire métropolitain, comme le versement d'allocations familiales dès le premier enfant ou l'absence de modulation des allocations familiales en fonction des ressources.

Le présent article procède à une nouvelle étape de cette dynamique en prévoyant le rapprochement de certaines règles applicables à l'allocation de rentrée scolaire (en mettant en place le mécanisme de l'ARS différentielle, lorsque la famille dépasse de peu le plafond permettant le bénéfice de l'ARS) et à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (étendue aux taux de handicap moins élevés), afin de permettre un accès à cette prestation dans les conditions de droit commun dans des délais rapides, qui seront précisés par voie réglementaire.

Article 51

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② I. - A l'article L. 216-4, les mots : « des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts » sont supprimés et les mots : « à titre expérimental pour une durée de cinq ans » sont remplacés par les mots : « aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale ».
- ③ II. – A l'article L. 216-5 :
- ④ 1° Les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;
- ⑤ 2° La dernière phrase du septième alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑥ « Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. »

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit la possibilité d'expérimenter, dans le régime général, la création de caisses multi-branches dans des départements particulièrement désertifiés en s'appuyant sur un critère de classement en zones de revitalisation rurale de l'ensemble des communes du département.

Sur les trois départements remplissant cette condition (la Lozère, la Creuse et le Lot) c'est en Lozère qu'a été créée la seule caisse commune de sécurité sociale existante à ce jour. Créée à titre expérimental en janvier

2009, pour une durée de cinq ans, la caisse commune de sécurité sociale (CCSSL) a été pérennisée par arrêté ministériel en date du 4 janvier 2014.

Aujourd'hui le critère de classement intégral en zones de revitalisation rurale apparaît très restrictif et empêche le développement de ce type de structure commune entre réseaux. A titre d'exemple, dans le département des Hautes-Alpes où les instances de gouvernance de la CAF et de la CPAM souhaitent la création d'une caisse commune des Hautes-Alpes, celle-ci n'est pas possible dans la mesure où 91 % des communes sont classées en ZRR, et non la totalité ainsi que le prévoit l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale.

L'objectif est donc de lever les restrictions empêchant la création de caisses communes sur des territoires ruraux notamment, sur initiative des conseils, afin de maintenir, ou d'accroître quand cela est nécessaire, les implantations sur le territoire dans les départements où la situation socio-démographique le justifierait, d'apporter aux assurés une offre globale de prise en charge en matière de sécurité sociale et d'assurer la soutenabilité des activités dans les organismes départementaux de taille réduite.

CHAPITRE 3

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52

- ① I.- Au titre de 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés de 0,3 %.
- ② Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :
- ③ 1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 euros par mois.

- ④ Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 euros et inférieur ou égal à 2 008 euros, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 euros et inférieur ou égal à 2 012 euros, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 euros et inférieur ou égal à 2 014 euros, le coefficient est égal à 1,004.
- ⑤ Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre alinéas précédents ;
- ⑥ 2° Les majorations mentionnées aux articles L. 351-10 du code de la sécurité sociale, L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que les minima de pension faisant référence à cet article, pour leurs montants accordés à la liquidation ;
- ⑦ 3° Le montant minimum de la pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale ;
- ⑧ 4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;
- ⑨ 5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du même code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87- 563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- ⑩ 6° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ II.- Le titre V du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ⑫ 1° A l'article L. 652-4, les mots : « et le montant des retraites » sont supprimés ;
- ⑬ 2° La section 1 du chapitre III est complétée par un article L. 653-7-1 ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art. L. 653-7-1.* - Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. »

Exposé des motifs

Conformément aux engagements pris par le Président de la République à l'issue du grand débat national, le présent article traduit la priorité donnée au pouvoir d'achat des retraités dont la retraite brute est inférieure à 2 000 euros par mois, en garantissant une revalorisation au niveau de l'inflation de leurs pensions de base pour l'année 2020. Cet effort financier est également étendu aux personnes en situation d'invalidité, dont les pensions brutes sont inférieures à 2 000 euros.

Toutes les autres prestations sociales seront revalorisées en 2020, comme ce fut le cas en 2019, à hauteur de 0,3 %. Les minimas sociaux ne sont pas concernés par cette disposition et évolueront en fonction de l'inflation.

Article 53

- ① – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La section 3 du chapitre Ier du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-0 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 351-7-0.* – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.
- ④ « Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à

la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;

- ⑤ 2° A la première phrase du onzième alinéa de l'article L. 821-1, après les mots : « de l'allocation aux adultes handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-0 ou ».
- ⑥ II. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :
- ⑦ 1° La section 3 du titre II est complétée par un article 11-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. 11-1.* – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.
- ⑨ « Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation pour adulte handicapé exerce une activité professionnelle à l'âge prévu au premier alinéa de l'article 6. » ;
- ⑩ 2° L'article 11 *bis* devient l'article 11-2.
- ⑪ III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑫ 1° A l'article L. 262-10 :
- ⑬ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑭ « I. – Le droit au revenu de solidarité active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l'exception des allocations mensuelles mentionnées à l'article L. 222-3.
- ⑮ « La condition prévue au premier alinéa ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l'article L. 351-7 du même code, celui mentionné au premier alinéa de son article L. 351-1.

- ⑯ « Cette condition ne porte sur l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale que si la personne qui peut y prétendre a atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du même code, à moins qu'elle ait été reconnue inapte au travail en application de son article L. 351-7 ou ne relève d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse. » ;
- ⑰ b) Les trois derniers alinéas forment un II ;
- ⑱ 2° A la première phrase de l'article L. 262-12, les mots : « aux deuxième à dernier alinéas » sont remplacés par les mots : « au II ».
- ⑲ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1er juillet 2020.

Exposé des motifs

Le présent article vise à simplifier la transition des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du revenu de solidarité active (RSA) vers la retraite.

Il est prévu de substituer la retraite à l'AAH à l'âge légal et de repousser l'âge auquel la condition de subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA doit être remplie, qui est aujourd'hui de 65 ans, à l'âge d'obtention d'une retraite à taux plein.

Cette mesure permettra d'assurer une continuité des droits de l'assuré entre l'AAH et la retraite en évitant une rupture de ressources, et d'éviter que des bénéficiaires du RSA ne soient contraints de liquider leur retraite avec décote et. Elle permettra ainsi d'alléger les démarches des assurés aujourd'hui multiples et de simplifier l'instruction des dossiers par les caisses de retraite.

Article 54

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

- ④ « Après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation et au plus tard dans un délai de quinze jours suivant leur mise à disposition.
- ⑤ « L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder, par établissement, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa, en l'absence de réalisation des démarches nécessaires à leur mise à disposition électronique, sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »
- ⑥ 2° A l'article L. 434-3 :
- ⑦ a) Le premier alinéa est supprimé ;
- ⑧ b) La première phrase du deuxième alinéa, devenu le premier, est remplacée par les dispositions suivantes :
- ⑨ « La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en rente réversible au bénéfice de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;
- ⑩ c) Au troisième alinéa, devenu le deuxième, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;
- ⑪ 3° A l'article L. 434-4 et à l'article L. 434-5, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La

conversion de rente prévue », et le mot « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

⑫ II. – Les 2° et 3° du I du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

⑬ Les dispositions de l'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeurent applicables aux personnes qui, à la date de son entrée en vigueur, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

⑭ Les dispositions du 1° du I du présent article sont applicables :

⑮ 1° A compter du 1^{er} janvier 2020 aux entreprises dont l'effectif est supérieur à 149 salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, à ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;

⑯ 2° A compter du 1^{er} janvier 2021 à l'ensemble des entreprises redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La réglementation prévoit aujourd'hui la possibilité pour les bénéficiaires d'une rente accidents du travail – maladies professionnelles (AT/MP) de demander la conversion d'une partie de celle-ci en capital.

Cette option constitue une dérogation à la logique transversale portée par la sécurité sociale selon laquelle l'indemnisation s'effectue sous forme de rente, revalorisée chaque année, pour accompagner l'assuré tout au long de sa vie. La pension d'invalidité, par exemple, qui comme la réparation en matière d'AT/MP se caractérise par le versement de prestations sur une durée potentiellement longue, ne peut faire l'objet d'aucune conversion en capital.

Par ailleurs, le taux de recours à la capitalisation de la rente demeure réduit pour les victimes d'AT/MP susceptibles d'en bénéficier : il se situe

entre 11 % et 15 % selon les années et connaît une tendance baissière sur longue période.

La suppression du dispositif aux victimes d'un AT/MP de recourir à la capitalisation partielle de leur rente présente deux avantages :

– Sécuriser l'indemnisation au long cours des assurés au moyen d'une rente versée mensuellement ou trimestriellement et mettre fin à une sortie partielle en capital qui leur est peu favorable en l'absence d'actualisation d'un barème ancien (1954) qui ne tient pas compte de l'espérance de vie actuelle ;

– Simplifier la gestion des incapacités permanentes par caisses, de fait elles n'auront plus à gérer que deux types d'indemnisation (en capital jusqu'à 9 % de taux d'incapacité permanente et en rente au-delà).

Dans ce contexte, la suppression du dispositif de rachat de rente AT/MP permettra à chaque victime de bénéficier du versement d'une prestation de compensation tout au long de la vie.

Par ailleurs, les organismes de sécurité sociale sont engagés dans un processus de dématérialisation la plus exhaustive des possibilités de contact avec leurs assurés et cotisants, qu'il s'agisse de démarches entrantes ou sortantes, dans le cadre notamment des axes stratégiques fixés avec les pouvoirs publics dans leurs conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion. La convention d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP 2018-2022 prévoit ainsi le développement d'une offre de services dématérialisée aux entreprises qui se traduira plus spécifiquement, s'agissant de la tarification AT/MP, par le déploiement puis la généralisation de la notification dématérialisée du taux de cotisation. Un service de dématérialisation de la notification des taux AT/MP a donc été ouvert au dernier trimestre 2018, sur le site net-entreprises.fr, dans le cadre du nouveau compte AT/MP. Le présent article propose de systématiser, avec une entrée en vigueur progressive selon la taille des entreprises, la notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT/MP. Cette mesure sera conçue pour s'articuler avec les procédures mises en place dans le cadre de la déclaration sociale nominative pour faciliter les modifications au début de chaque année des taux de cotisations dues et éviter les erreurs déclaratives.

Article 55

①

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

- ② 1° L'article L. 323-2 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « *Art. L. 323-2.* - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser, pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles bénéficient de cet avantage, une limite fixée par décret. »
- ④ 2° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au II, les cinq occurrences des mots : « départements d'outre-mer » sont remplacées par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;
- ⑥ b) Au 4° du II, après les mots : « régime local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et après les mots : « maintien de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;
- ⑦ c) Au 7° du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;
- ⑧ d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots «, en tant que salariés, » ;
- ⑨ e) Au 11° du II, les mots : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » sont remplacés par les mots : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;
- ⑩ f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective » est inséré le mot : «, totale » ;
- ⑪ g) Le III est supprimé ;
- ⑫ 3° Au 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ;» ;
- ⑬ 4° L'article L. 341-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑭ « *Art. L. 341-1.* - L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. » ;
- ⑮ 5° A l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;
- ⑯ 6° A l'article L. 341-7, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « dont relève l'assuré » ;
- ⑰ 7° A l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;
- ⑱ 8° A l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;
- ⑲ 9° A l'article L. 341-11, après le mot : « l'intéressé », sont insérés les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;
- ⑳ 10° A l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions » sont remplacés par les mots : « , au-delà d'un seuil et dans des conditions » ;
- ㉑ 11° A l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;
- ㉒ 12° A l'article L. 341-14-1, après la référence : « L. 351-1-4 », les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « , L. 351-15 du présent code ou » et après la référence : « L. 732-18-3 » sont ajoutés les mots : « , L. 732-29 » ;
- ㉓ 13° A l'article L. 341-16, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » et les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à laquelle ».
- ㉔ II. – Le livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉕ 1° L'article L. 815-24 est ainsi modifié :
- ㉖ a) À la fin du premier alinéa, les mots : « fixé par décret » sont remplacés par les mots : « déterminé pour garantir l'atteinte d'un niveau de

ressources minimal, fixé par décret, correspondant aux plafonds fixés par décret en application de l'article L. 815-24-1 » ;

- ⑳ *b)* Le dernier alinéa est supprimé ;
- ㉑ 2° L'article L. 815-28 est abrogé ;
- ㉒ 3° À l'article L. 816-3, les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 » sont supprimés et les mots : « son attribution » sont remplacés par les mots : « l'attribution de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 ».
- ㉓ III. – A l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, après le quatrième alinéa est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :
- ㉔ « Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'Etat. »
- ㉕ IV. – Les montants des prestations d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle dont la date d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2020 sont portés, au 1^{er} janvier 2020, aux niveaux correspondants aux montants minimaux prévus à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction résultant de la présente loi.
- ㉖ V. – Une contribution de 11 millions d'euros destinée à financer le relèvement des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime est prélevée au titre de l'exercice 2020 sur les excédents du fonds mentionné à l'article L. 731-35-2 du même code.
- ㉗ VI. – A l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, les mots : « , au troisième alinéa de l'article L. 815-28 » sont supprimés.
- ㉘ VII. – Les dispositions prévues au 1° du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021. Les autres dispositions prévues au I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.
- ㉙ Les dispositions prévues aux 1° et 3° du II du présent article s'appliquent à compter des allocations versées au titre du mois d'avril 2020.

- ⑦ Les dispositions prévues au 2° du II et au V s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, y compris au titre des prestations versées antérieurement au 1^{er} janvier 2020.
- ⑧ Les dispositions prévues au III s'appliquent aux prestations d'invalidité au titre de l'incapacité totale ou partielle liquidées à compter du 1^{er} janvier 2020.

Exposé des motifs

Le dispositif de l'invalidité n'a pas connu de réforme majeure depuis sa création au sortir de la Seconde Guerre mondiale et se révèle aujourd'hui largement inadapté, comme l'ont souligné plusieurs rapports de la Cour des comptes comme de l'Inspection générale des affaires sociales. Ses dispositions actuelles tiennent insuffisamment compte des articulations avec d'autres politiques ayant connu des développements plus ou moins récents, notamment celle de l'incapacité de travail temporaire, du handicap ou des dispositifs de cumul emploi-retraite. En outre, l'évolution des pratiques médicales et de la structure du marché du travail a profondément bouleversé la situation des pensionnés d'invalidité. Ainsi, un nombre croissant exerce une activité professionnelle sans pour autant bénéficier d'un niveau de ressources satisfaisant, la réglementation n'étant ni adaptée à ces situations de cumul ni systématiquement favorable à la reprise de travail.

Il apparaît nécessaire d'adapter la réglementation de l'invalidité en conséquence pour :

– Favoriser davantage le cumul entre des revenus d'activité et une pension d'invalidité afin de lisser les effets de seuil et ainsi éviter que certains invalides n'aient aucun bénéfice à reprendre une activité professionnelle ;

– Améliorer les modalités d'attribution de l'allocation supplémentaire d'invalidité, minimum social dont peuvent bénéficier les personnes en situation d'invalidité, en revoyant ses modalités de calcul, en revalorisant exceptionnellement le plafond pour y être éligible à 750 euros en 2020 (soit un gain de près de 45 euros par mois pour les bénéficiaires actuels), et enfin en supprimant le recouvrement sur succession de l'allocation ;

– Augmenter significativement le niveau, aujourd'hui extrêmement faible, des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, en relevant les

niveaux minimum de 290 euros par mois à 319 euros pour une invalidité partielle, et de 368 euros mensuels à 565 euros pour une invalidité totale.

Article 56

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le troisième alinéa de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;
- ④ 2° L'article L. 323-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑤ « *Art. L. 323-4.* – L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière.
- ⑥ « Le revenu d'activité antérieur journalier est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.
- ⑦ « La fraction, le plafond ainsi que les modalités de détermination des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'Etat. » ;
- ⑧ 3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :
- ⑨ « *Art. L. 382-21-1.* – I. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues à l'article L. 323-1 lorsque leur incapacité physique, constatée par le médecin traitant selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre leur activité.
- ⑩ « L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.
- ⑪ « Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation prévue au dernier alinéa de l'article L. 313-1. Le point de

départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1.

- ⑫ « Les conditions prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.
- ⑬ « Un décret détermine les modalités d'application du présent I.
- ⑭ « II. – Les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8. L'indemnité journalière est égale à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte. » ;
- ⑮ 4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :
- ⑯ « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. »
- ⑰ II. – Le code rural et la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑱ 1° Au septième alinéa de l'article L. 732-4, après les mots : « L. 323-3 », sont insérés les mots : « à l'exception de son quatrième alinéa » ;
- ⑲ 2° A l'article L. 752-5-1 :
- ⑳ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉑ « Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure » ;
- ㉒ b) Le deuxième alinéa est abrogé ;
- ㉓ c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

- ④ III. – Les dispositions du 2° du I s’appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n’a pas atteint 30 jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.
- ⑤ Les dispositions du 3° du I s’appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.

Exposé des motifs

A l’instar du temps partiel pour motif thérapeutique ouvert aux assurés en cas de maladie d’origine non professionnelle, le « travail léger » prévu en cas d’accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) a pour objet de permettre le retour à l’emploi tout en favorisant l’amélioration de l’état de santé du salarié. Il constitue, à ce titre, un outil majeur des politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle.

Les indemnités journalières versées dans ce cadre représentent, pour la branche AT MP, 3 % des indemnités versées en 2017, pour un montant de 88 millions d’euros. Ce montant, même s’il demeure relativement limité au vu du volume global des dépenses d’indemnités journalières de la branche, connaît une augmentation significative depuis quelques années (+ 6,2 % par an en moyenne sur la période 2014-2017). Il est proposé, dans une logique de cohérence avec l’assouplissement des conditions d’accès au temps partiel pour motif thérapeutique prévues en cas de maladie d’origine non professionnelle porté par l’article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, de supprimer la condition d’arrêt de travail préalable à temps complet pour ouvrir droit au bénéfice du « travail léger ».

Le présent article prévoit en outre, pour les accidents et maladies d’origine non professionnelle, dans une même logique de développement du recours à ces modes adaptés de retour à l’emploi, de supprimer le délai de carence applicable aux arrêts de travail initiaux prescrits lors d’un temps partiel pour motif thérapeutique afin de renforcer l’incitation à son recours. Les assurés seront ainsi pris en charge par la sécurité sociale dès leur premier jour de temps partiel thérapeutique.

Par ailleurs, comme préconisé par le rapport IGAS-IGF relatif à l’évolution des dépenses d’indemnités journalières publié en 2017, il importe de poursuivre l’effort de simplification de la réglementation dans un double objectif d’équité entre assurés et de maîtrise de la dépense. Cet article prévoit à cet effet de fixer un unique taux de remplacement par les

indemnités journalières servies par l'assurance maladie, à hauteur de 50 % des revenus antérieurs, quelle que soit la composition familiale.

Il est proposé d'instaurer des indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité ou de paternité des ministres des cultes affiliés à la Caisse des d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (Cavimac).

TITRE III

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 57

- ① I. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 649 millions d'euros pour l'année 2020.
- ② II. - Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 139 millions d'euros pour l'année 2020.
- ③ III.- Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 150 millions d'euros pour l'année 2020.

Exposé des motifs

Cette mesure fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au FMESPP pour l'année 2020 à hauteur de 649 M€. Cette dotation permet de poursuivre l'accompagnement à hauteur de 250 M€ supplémentaires des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de

santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

La présente mesure fixe également à 139 M€ le montant de la contribution de la CNSA aux ARS au titre de l'exercice 2020, montant qui se décline comme suit :

– 42,8 M€ au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;

– 96,3 M€ au titre des maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA).

Enfin, en application de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Compte tenu de ces prévisions de dépenses d'une part, et du niveau élevé du fonds de roulement d'autre part, il est proposé une dotation de l'assurance maladie pour 2020 de 150 millions d'euros.

Article 58

- ① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 223,8 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La progression des dépenses d'assurance-maladie est maîtrisée, comme en témoigne la fixation d'un ONDAM à 2,3 %. La progression spontanée des dépenses demeure en effet soutenue.

Article 59

- ① Pour l'année 2020, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

- ② *(En milliards d'euros)*

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	2,4
Total	205,3

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est fixée à 2,3 % en 2020, soit un niveau de 205,3 Md€. Ce niveau permet à la fois de maîtriser les dépenses tout en finançant les priorités du Gouvernement en matière d'innovation, d'investissement numérique en santé et de développement de l'accès aux soins.

Article 60

- ① I. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 260 millions d'euros au titre de l'année 2020.
- ② II. – Le montant de la contribution de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 414 millions d'euros au titre de l'année 2020.

- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l’article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 000 millions d’euros au titre de l’année 2020.
- ④ IV. – Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l’âge fixé en application de l’article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l’article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 157,4 millions d’euros et 11,4 millions d’euros pour l’année 2020.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) du régime général au Fonds d’Indemnisation des Victimes de l’Amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT/MP ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

Concernant en premier lieu le FIVA, la hausse des demandes enregistrées au premier semestre 2019, qui s’explique essentiellement par l’augmentation des demandes supplémentaires formées par les ayants droit, conduit à une évaluation du total des dépenses de 385 millions d’euros pour 2020, dont 320 millions d’euros au titre des seules dépenses d’indemnisation. Compte tenu d’une dotation nette de l’Etat maintenue à 7,8 millions d’euros et des autres produits du fonds, une dotation de la branche AT/MP de 260 millions d’euros (au même niveau qu’en 2019) est nécessaire pour 2020.

En deuxième lieu, la baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2020, bien que la diminution du nombre d’allocataires soit légèrement atténuée par l’augmentation du montant moyen de l’allocation : le total des charges est ainsi évalué à 475 millions d’euros. Compte tenu d’excédents du fonds, il est proposé de calibrer la dotation 2020 de la branche AT/MP de manière à assurer l’équilibre du résultat cumulé : la dotation serait ainsi fixée à hauteur de 414 millions d’euros en 2020.

En troisième lieu, la commission de la sous-déclaration des AT-MP, qui s'est réunie au cours du deuxième trimestre 2017, a évalué le montant de cette sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 815 et 1 530 millions. Au regard de cette estimation, il est proposé de maintenir le montant du versement pour 2020 à hauteur de 1 milliard.

En quatrième lieu, en application de l'ordonnance relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention. Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP du régime général à 157,4 millions d'euros en 2020 (74,4 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanent et 83 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention). Pour le régime des salariés agricoles, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT/MP à 11,4 millions d'euros en 2020.

Article 61

- ① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,6 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base augmentent de 100 millions d'euros entre 2019 et 2020.

Article 62

- ① Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance-vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale continuent à progresser, à hauteur de 2,4 % entre 2019 et 2020.

Article 63

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille sont relativement stables, elles ne progressent que de 0,1 Md€ entre 2019 et 2020.

Article 64

- ① Pour l'année 2020, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,2

Exposé des motifs

Les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse devraient diminuer de 0,7 Md€ entre 2019 et 2020. Ceci s'explique par la baisse de la prise en charge par le FSV au titre du minimum contributif.

ANNEXE A

① **RAPPORT RETRAÇANT LA SITUATION PATRIMONIALE, AU 31 DÉCEMBRE 2018, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES ORGANISMES CONCOURANT À LEUR FINANCEMENT, À L'AMORTISSEMENT DE LEUR DETTE OU À LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES À LEUR PROFIT ET DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS POUR L'EXERCICE 2018**

② **I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018 :**

③ *(en milliards d'euros)*

ACTIF	2018 (net)	2017 (net)	PASSIF	2018	2017
Immobilisations	7,3	7,4	Capitaux propres	-77,0	-88,5
Immobilisations non financières	5,0	5,0	Dotations	22,3	23,7
			<i>Régime général</i>	0,2	0,2
Prêts, dépôts de garantie	1,4	1,5	<i>Autres régimes</i>	6,4	5,8
			<i>Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,9	0,9	<i>Fonds de réserve pour les retraites (FRR)</i>	15,5	17,6
			Réserves	21,6	18,8
			<i>Régime général</i>	3,8	2,9
			<i>Autres régimes</i>	7,7	8,1
			<i>FRR</i>	10,1	7,7
			Report à nouveau	-136,9	-143,5
			<i>Régime général</i>	-5,0	-3,4
			<i>Autres régimes</i>	-4,3	-4,0
			<i>FSV</i>	-6,6	-0,1
			<i>CADES</i>	-121,0	-136,0

			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation	-	-3,6
			<i>FSV</i>	-	-3,6
			Résultat de l'exercice	14,9	12,6
			<i>Régime général</i>	0,5	-2,2
			<i>Autres régimes</i>	-0,2	0,2
			<i>Fonds de solidarité vieillesse (FSV)</i>	-1,8	-2,9
			<i>CADES</i>	15,4	15,0
			<i>FRR</i>	0,9	2,4
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,1	3,5
			Provisions pour risques et charges	17,5	17,2
Actif financier	55,8	55,6	Passif financier	142,6	158,5
Valeurs mobilières et titres de placement	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	131,1	152,0
<i>Régime général</i>	0,0	0,0	<i>Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)</i>	23,1	27,3
<i>Autres régimes</i>	11,5	8,7	<i>CADES</i>	108,0	124,7

<i>CADES</i>	0,0	1,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,1	5,7
<i>FRR</i>	31,8	35,0	<i>Régime général (ordres de paiement en attente)</i>	4,8	4,2
Encours bancaire	12,0	9,1	<i>Autres régimes</i>	0,3	0,5
<i>Régime général</i>	2,2	0,9	<i>CADES</i>	1,0	1,0
<i>Autres régimes</i>	6,8	4,0			
<i>FSV</i>	0,0	0,0	Dépôts reçus	0,4	0,5
<i>CADES</i>	2,3	3,2	<i>ACOSS</i>	0,4	0,5
<i>FRR</i>	0,7	0,9			
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
<i>CADES</i>	0,4	1,3	<i>ACOSS</i>	0,0	0,2
<i>FRR</i>	0,1	0,6	Autres	5,0	0,1
			<i>Autres régimes</i>	4,8	0,0
			<i>CADES</i>	0,3	0,1
Actif circulant	77,3	82,1	Passif circulant	57,4	57,9
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	43,2	47,6			

Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	10,7	10,7	Dettes et charges à payer à l'égard d'entités publiques	11,0	7,8
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,8			
Autres actifs	5,2	5,1	Autres passifs	14,2	17,6
Total de l'actif	140,5	145,1	Total du passif	140,5	145,1

- ④ Sur le champ des régimes de base, du FSV, de la CADES et du FRR, le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 77,0 milliards d'euros au 31 décembre 2018. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 15%, soit environ 2 mois de recettes.
- ⑤ Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution depuis cinq exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée entre 2017 et 2018 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017 puis de 11,6 milliards d'euros en 2018 par rapport à 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (14,9 milliards d'euros en 2018, contre 12,6 milliards d'euros en 2017). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (1,4 milliards d'euros en 2018 contre 4,8 milliards d'euros en 2017, 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,4 milliards d'euros en 2018 après 15,0 milliards d'euros en 2017).
- ⑥ Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier continue de reculer ainsi fortement en 2018 (86,8 milliards d'euro contre 102,9 Md€ fin 2017), en cohérence avec l'évolution du passif net ainsi que celle du besoin en fonds de roulement.

⑦ **Evolution du passif net, de l'endettement financier net et des résultats comptables consolidés de la sécurité sociale depuis 2009**

⑧ *(en milliards d'euros)*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	- 66,3	- 87,1	- 100,6	- 107,2	- 110,9	- 110,7	- 109,5	- 101,4	- 88,5	- 77,0
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	- 121,3	- 120,8	- 118,0	- 102,9	- 86,8
Résultat comptable consolidé de l'exercice (régimes de base, FSV, CADES et FRR)	- 19,6	- 23,9	- 10,7	- 5,9	- 1,6	+ 1,4	+ 4,7	+ 8,1	+ 12,6	+ 14,9

⑨ **II. - Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2018**

⑩ Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert à la CADES, dès l'année 2011, des déficits 2011 des branches maladie et famille du régime général. Elle a également prévu la reprise progressive, à compter de 2012, des déficits des années 2011 à 2018 de la branche Vieillesse du régime général et du FSV, dans la double limite de 10 milliards d'euros chaque année et de 62 milliards d'euros au total.

⑪ L'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié ce schéma et supprimé le plafond annuel de 10 milliards d'euros afin de tenir compte de conditions de financement à moyen et long termes particulièrement favorables. Il a ainsi ouvert la possibilité d'une saturation du plafond de 62 milliards d'euros dès 2016 et d'une reprise anticipée dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par le décret n°2016-110 du 4 février 2016 et un arrêté du 14 septembre 2016.

⑫ Un montant total de 23,6 milliards d'euros a été repris en 2016, correspondant au transfert de la totalité des déficits de la branche famille et de la branche maladie au titre de 2013 et 2014 et de ceux de de la branche vieillesse et du FSV au titre de 2015, ainsi que d'une partie du déficit de la branche maladie au titre de 2015.

⑬ Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après s'être accru de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, sous l'effet du financement des déficits du

régime général et du FSV, l'endettement financier brut de l'ACOSS a reculé de 4,4 milliards d'euros pour s'établir à 23,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018, suite à l'évolution favorable des comptes sociaux.

- ⑭ Au titre de l'exercice 2018, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'Etat (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.
- ⑮ Concernant les régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.
- ⑯ La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, présente un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2018, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.
- ⑰ Enfin, l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) recule à nouveau en 2018 (- 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017). Ceux de la branche vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) restent globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

ANNEXE B

- ① **RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR**
- ② La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2020-2023.
- ③ Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée. En conséquence, il est nécessaire de revenir sur les mesures d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'Etat qui avaient été décidées l'an dernier, et de décaler la date de retour à l'équilibre tenant compte de ce contexte (I). Cette trajectoire tient compte de l'absence de hausse de prélèvement sur les ménages ou les entreprises, des efforts de maîtrise de la dépense, et du cadre renouvelé des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale (II). Ces efforts permettront à la branche famille et la branche AT-MP de dégager des excédents dès 2020 puis à l'ensemble du régime général et du FSV d'atteindre l'équilibre en 2023 (III).
- ④ **I. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tire les conséquences d'une situation économique moins favorable que prévue et des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018.**
- ⑤ Pour 2020, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 1,3 % en 2020 (après 1,4 % en 2019) et de 2,8% de la masse salariale privée (après 3,3 % en 2019) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (1,0 %) stable par rapport à 2019.
- ⑥ Pour les années 2021 à 2023, le Gouvernement retient un scénario de croissance robuste et régulière sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux conduisant à une accélération progressive de la masse salariale.

⑦ Le Haut Conseil des finances publiques a rendu le 27 septembre 2019 un avis sur ces prévisions macroéconomiques qu’il considère comme atteignables pour 2019 et plausibles pour 2020. Il estime ainsi que les prévisions d’inflation, d’emploi et de masse salariale retenues par le Gouvernement pour 2019 sont cohérentes avec les informations disponibles et raisonnables pour 2020.

⑧ Le tableau ci-dessous détaille les principaux éléments retenus pour l’élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

⑨

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB en volume	2,2%	1,7%	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
Masse salariale	3,5%	3,5%	3,3%	2,8%	3,0%	3,3%	3,4%
Inflation hors tabac	1,0%	1,6%	1,0%	1,0%	1,3%	1,6%	1,8%
ONDAM	2,2%	2,2%	2,5%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%

⑩ L’amélioration de la conjoncture économique et la maîtrise des dépenses ont permis une réduction significative des déficits sociaux en 2018 prolongeant la trajectoire positive lors des sept années précédentes.

⑪ En 2019 les perspectives de croissance, moins favorables que prévu en raison notamment d’un environnement international moins porteur, reportent le retour à l’équilibre durable de l’ensemble des régimes de base, sans remettre toutefois en cause la stratégie du Gouvernement en matière de redressement des comptes sociaux, ni l’objectif de désendettement de la sécurité sociale.

⑫ En effet, le retour à l’équilibre global du régime général serait atteint en 2023 (+0,4 Md€). a cette même date, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne serait plus que de -0,3 Md€ ; le déficit consolidé régime général + FSV atteindrait ainsi +0,1Md€. L’équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement ne serait quant à lui pas atteint à cette même date, en raison de la trajectoire plus dégradée de la CNRACL. En 2023, le déficit global pour l’ensemble des régimes obligatoires atteindrait -1,1 Md€.

⑬ En l’absence de retour à l’équilibre dès 2020 sur le champ du régime général, il n’est par ailleurs plus envisageable de prévoir des transferts de recettes à la CADES et à l’Etat. Par conséquent, pour les années 2020 à 2022, le PLFSS pour 2020 supprime les dispositions de la LFSS pour 2019

qui avaient prévu l'affectation à la CADES des ressources de CSG (1,6 Md€ en 2019, 1,8 Md€ l'année suivante, et 1,5 Md€ supplémentaires à compter de 2022) destinés à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer dans une limite de 15 Md€. Symétriquement, en l'absence d'excédent des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la loi de finances prévoit la suppression de la réduction à due concurrence de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

- ⑭ Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra néanmoins à un rythme élevé. La prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 Md€, après 16 Md€ prévus en 2019 et 15,4 Md€ constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 Md€ de dettes depuis sa création, confortant l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 Md€ d'ici 2025. Ces niveaux sont très supérieurs à celui du déficit courant prévu par la loi (-5,6 Md€ sur le champ des ROBSS + FSV en 2020), ce qui permet de constater un désendettement effectif au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.
- ⑮ **II. Cette trajectoire s'inscrit dans un cadre de maîtrise de la dépense, d'absence de hausses de prélèvement et de simplification des relations entre l'Etat et la sécurité sociale.**
- ⑯ L'année 2019 a été marquée par une importante évolution du financement de la sécurité sociale du fait de la mise en place de la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 fois le SMIC en substitution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). En outre, depuis le 1^{er} octobre (le 1^{er} janvier pour certains secteurs), les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ils portent désormais sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, n'est due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Le PLFSS pour 2020 ne revient pas sur ce schéma.
- ⑰ Le PLFSS ne prévoit par ailleurs aucune mesure significative de hausse des cotisations ou contributions dues par les employeurs ou les entreprises. Il est toutefois prévu de limiter l'effet favorable de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), abattement d'assiette originellement représentatif des frais professionnels dans certains secteurs, sur la réduction

générale de cotisations employeurs qui a été renforcée dans la LFSS 2018 et qui exonère, à compter du 1^{er} octobre 2019, l'employeur de la totalité des cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié au SMIC. Cet avantage sera plafonné à compter du 1^{er} janvier 2020 par voie réglementaire à 130 % des allègements généraux de droit commun. Cette mesure permettra de limiter les interférences entre différents dispositifs d'exonérations et se traduira par un effet positif sur les recettes d'environ 0,4 Md€ sans impact sur la rémunération nette des salariés.

- ⑱ Le projet de loi de finances prévoit de limiter le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les micro-entrepreneurs créateurs d'entreprise pour qu'elles n'excèdent pas celles dont bénéficient les autres travailleurs indépendants, et se limitent à une année blanche de cotisations sociales pour la création ou la reprise d'une entreprise. Le coût de cette exonération étant compensé par le budget de l'Etat, cette mesure n'a pas d'effet direct sur les ressources des branches.
- ⑲ Conformément, par ailleurs, aux recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, et à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'Etat ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.
- ⑳ Aussi, en cohérence avec la LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 prévoit donc par exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale que ne feront pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'Etat les pertes de recettes correspondant à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires réalisées du 1^{er} janvier au 31 août 2019 du fait de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ainsi que la révision à la baisse du taux de contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux retraités ayant un revenu fiscal de référence inférieur à 22 580 € pour une personne seule (34 636 € pour un couple).
- ㉑ Les mesures en dépenses porteront l'essentiel de l'effort pour corriger l'évolution des soldes des branches prestataires par rapport à leur évolution tendancielle. En effet, en dehors des dispositions revenant sur les affectations de recettes à l'Etat et la CADES à compter de 2020 déjà mentionnés, qui sont sans effet du point de vue des redevables de prélèvements sociaux, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes n'a un

impact positif qu'à hauteur de 0,2 Md€ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

- ② L'effort sur la progression des dépenses sera réalisé en particulier sur les dépenses d'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM. Par ailleurs, la revalorisation maîtrisée et différenciée des prestations versées par les branches famille et vieillesse limitera la progression des dépenses des branches prestataires en permettant, par rapport à une mesure générale d'indexation sur l'inflation, une économie de 0,5 Md€ à l'échelle de l'ensemble des régimes.

③ **III. D'ici 2023, l'ensemble des branches, à l'exception de l'assurance vieillesse, reviendrait à l'équilibre sur la base des mesures proposées dans le PLFSS 2020.**

- ④ **S'agissant de la branche maladie**, depuis 2019, les ressources de la CNAM ont été profondément transformées, du fait de l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM en contrepartie de la suppression de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. Du fait de cette affectation supplémentaire, la fraction de TVA affectée à la CNAM s'élève à 41,1 Md€ en 2019 et les impôts et taxes représentent désormais 28 % des ressources de la branche.

- ⑤ Cette structure des ressources sera peu modifiée en 2020. Les mesures en recettes de la LFSS amélioreront les ressources de la CNAM du fait de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'Etat (3,1 Md€), excédant le coût de la baisse de la CSG sur les revenus de remplacement (1,6 Md€). Les mesures de limitation des niches sociales, notamment la limitation des allègements généraux dont bénéficient les rémunérations sur lesquelles s'applique la déduction forfaitaire spécifique (DFS) pour frais professionnels permettront un gain de 0,1 Md€ pour la branche maladie, légèrement compensée par la limitation de la compensation par l'Etat de l'exonération des jeunes entreprises innovantes (JEI).

- ⑥ Au global, les mesures en recettes permettront un accroissement de ses ressources de 1,6 Md€ environ à compter de 2020.

- ⑦ En dépenses, pour 2020, le taux de progression de l'ONDAM est fixé par le Gouvernement à 2,3 %. Cela représente plus de 205 Md€ consacrés à l'assurance maladie et 4,6Md€ de dépenses nouvelles prises en charge par la collectivité sur le champ de la maladie. L'ONDAM 2020 traduit la mise en œuvre des engagements du Gouvernement dans le cadre du plan « ma

santé 2022 », le pacte de refondation des urgences, le 100 % santé et le renforcement des financements en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.

- ⑳ Le respect d'un objectif de progression de 2,3 +% suppose cependant 4,2 Md€ d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses de 4,4 %. Les mesures d'économies se décomposent en quatre principaux axes : la structuration de l'offre de soins pour un total de 1 Md€, les actions sur les tarifs et les remises des produits de santé pour 1,3 Md€, la pertinence et la qualité des soins pour 1,2 Md€, la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports pour 0,3 Md€. Les dispositifs de lutte contre la fraude et la gestion dynamique du panier de soins contribuent quant à eux à hauteur de 0,3 Md€.
- ㉑ Sous l'effet du maintien d'une progression de l'ONDAM à 2,3 % par an sur la période 2021-2023 permettant la poursuite de la mise en œuvre des actions du Gouvernement dans le cadre notamment de « ma santé 2022 », le solde de l'assurance maladie devrait s'améliorer continuellement sur la période quadriennale. À partir de 2021, afin d'accélérer cette tendance de retour à l'équilibre, un rééquilibrage des ressources des branches sera réalisé à son profit. De ce fait, le solde devrait passer de -3 Md€ en 2020 à +2,5 Md€ en 2023.
- ㉒ **S'agissant de la branche AT-MP**, aucune mesure n'est prévue par le PLFSS 2020 pour modifier les ressources de la branche en 2020.
- ㉓ Le PLFSS 2020 permettra à cette branche de réaliser 0,1 Md€ d'économies en dépenses, du fait de la revalorisation différenciée des prestations sociales et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.
- ㉔ Ces mesures permettront à la branche de dégager un excédent de 1,1 Md€ en 2019 et de 1,4 Md€ en 2020, ce niveau de solde étant par la suite conventionnellement stabilisé sur 2021-2023.
- ㉕ **La branche vieillesse du régime général** serait à nouveau déficitaire de 2,1 Md€ en 2019, après trois années en excédent, malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3 %. Ce déficit s'accroîtrait à 2,7 Md€ en 2020. En revanche, l'évolution en 2020 sera favorable en prenant en compte l'amélioration du solde du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de -2,3 Md€ à -1,4 Md€. Cette évolution contrastée résulte principalement de la fin du financement du minimum contributif par le fonds.

- ③④ Au niveau de l'ensemble des régimes vieillesse de base, en tenant compte du FSV, le solde resterait inchangé en 2020 par rapport à 2019 à -4,6 Md€.
- ③⑤ Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure affectant significativement les ressources de la branche vieillesse, à l'exception de la disposition prévoyant l'absence de compensation à cette branche du coût de l'anticipation au 1er janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires, disposition qui n'a pas d'effet au-delà de la seule année 2019. En effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à ce titre à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche famille à hauteur de 2 Md€.
- ③⑥ En 2020, ses recettes bénéficieront comme celles de la branche maladie de l'effet de la réduction du coût de la DFS (voir *supra*) pour un gain de 0,1 Md€.
- ③⑦ Les dépenses de la branche évolueront à un rythme supérieur à celui des recettes jusqu'en 2023, en dépit de la mesure de revalorisation différenciée des dépenses de prestations en 2020 dont la branche vieillesse est la principale bénéficiaire puisque cette disposition permettra une économie en 2020 de 0,3 Md€ pour la branche vieillesse du régime général et 0,4 Md€ pour l'ensemble des régimes de retraite.
- ③⑧ De 2021 à 2023, le déficit de la branche vieillesse s'accroîtrait progressivement pour atteindre -6,6 Md€ en fin de période (ROBSS+FSV). L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est à compter de 2021 celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités.
- ③⑨ **Pour la branche famille**, en 2020, les recettes seront principalement améliorées sous l'effet de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'Etat auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 Md€. En contrepartie elles seront réduites, en application des dispositions de la LFSS pour 2019, déjà prises en compte, à hauteur de 2,0 Md€ correspondant au coût pour la branche vieillesse des exonérations de cotisations salariales sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires.

④⑩ Les dépenses seront ralenties en 2020 du fait de la revalorisation différenciée et maîtrisée des prestations servies par la branche, qui permettra une économie de 0,1 Md€ après 0,3 Md€ en 2019. Les charges seront en contrepartie accrues par les coûts inhérents au dispositif d’intermédiation des pensions alimentaires ainsi que par la réduction des frais de gestion supportés par l’Etat au titre des prestations servies pour son compte par la branche (- 0,1 Md€).

④⑪ Le solde de la branche sera positif : 0,7Md€ en 2020, après 0,8Md€ en 2019.

④⑫ A compter de 2021, l’hypothèse retenue de revalorisation des prestations familiales est celle de la prévision d’inflation. Le solde de la branche serait amélioré sur la période 2021-2023, y compris en tenant compte des rééquilibrages entre branches envisagés et atteindrait 1,6 Md€ en 2023.

④⑬ **Prévisions des recettes, dépenses et soldes du régime général, de l’ensemble des régimes de base et du FSV (milliards d’euros)**

④⑭

		2016	2017	2018	2019 (p)	2020(p)	2021(p)	2022(p)	2023(p)
Recettes, dépenses et soldes de l’ensemble du régime général									
	Recettes	194,6	201,3	210,8	214,3	219,2	225,7	232,6	239,8
Maladie	Dépenses	199,4	206,2	211,5	217,2	222,3	227,2	232,2	237,3
	Solde	-4,8	-4,9	-0,7	-3,0	-3,0	-1,5	0,3	2,5
	Recettes	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
AT-MP	Dépenses	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
	Solde	0,8	1,1	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4
	Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Famille	Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
	Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
	Recettes	123,7	126,6	133,8	135,5	139,0	142,4	146,5	151,1
Vieillesse	Dépenses	122,8	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
	Solde	0,9	1,8	0,2	-2,1	-2,7	-3,9	-4,8	-5,1
	Recettes	366,6	377,6	394,6	400,9	409,5	419,6	431,6	444,5
RG consolidé	Dépenses	370,7	379,8	394,1	403,9	413,2	422,7	433,3	444,1
	Solde	-4,1	-2,2	0,5	-3,1	-3,8	-3,1	-1,8	0,4
Recettes, dépenses et soldes de l’ensemble des régimes obligatoires de base									
	Recettes	196,0	203,1	212,3	215,8	220,8	227,3	234,2	241,5
Maladie	Dépenses	200,7	208,0	213,1	218,8	223,8	228,8	233,8	239,0

	Solde	-4,7	-4,9	-0,8	-3,0	-3,0	-1,5	0,3	2,5
AT-MP	Recettes	14,1	14,4	14,1	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
	Dépenses	13,3	13,2	13,4	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
	Solde	0,8	1,2	0,7	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille	Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
	Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
	Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse	Recettes	228,7	232,7	236,4	239,2	244,1	249,2	255,0	261,4
	Dépenses	227,2	230,7	236,5	241,5	247,3	253,6	260,6	267,7
	Solde	1,6	2,0	-0,1	-2,3	-3,2	-4,4	-5,6	-6,3
ROBSS consolidé	Recettes	473,7	486,2	499,7	507,0	517,1	529,1	542,8	557,5
	Dépenses	477,0	488,1	499,3	510,3	521,3	532,7	545,4	558,3
	Solde	-3,4	-1,9	0,3	-3,3	-4,2	-3,6	-2,6	-0,8
Fonds de solidarité vieillesse									
FSV	Recettes	16,7	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
	Dépenses	20,3	19,6	19,0	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
	Solde	-3,6	-2,9	-1,8	-2,3	-1,4	-1,0	-0,6	-0,3
Régime général et fonds de solidarité vieillesse									
RG+FSV	Recettes	365,0	376,5	394,6	400,2	409,7	420,2	432,6	445,8
	Dépenses	372,7	381,6	395,8	405,6	414,8	424,3	435,0	445,7
	Solde	-7,8	-5,1	-1,2	-5,4	-5,1	-4,1	-2,4	0,1
Régimes obligatoires de base et fonds de solidarité vieillesse									
ROBSS +FSV	Recettes	470,5	483,7	498,4	505,2	516,2	528,6	542,6	557,7
	Dépenses	477,5	488,6	499,8	510,7	521,8	533,1	545,8	558,7
	Solde	-7,0	-4,8	-1,4	-5,5	-5,6	-4,6	-3,2	-1,1

Annexe C

① **ÉTAT DES RECETTES, PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL AINSI QUE DES RECETTES, PAR CATÉGORIE, DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES**

② **I.- Régimes obligatoires de base**

③

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	75,5	141,2	31,1	14,1	260,2	0,0	260,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,0	2,5	0,6	0,1	5,2	0,0	5,2
Cotisations fictives d'employeur	0,4	41,1	0,0	0,3	41,9	0,0	41,9
Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	22,2	6,5	0,0	90,9	0,0	90,9
Charges liées au non recouvrement	-0,5	-0,6	-0,3	-0,2	-1,5	-0,3	-1,9
Transferts	3,0	37,1	0,2	0,1	28,7	0,0	10,9
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres produits	5,3	0,5	0,6	0,5	6,9	0,0	6,9
Recettes	220,8	244,1	51,0	15,0	517,1	16,8	516,2

④ **II.- Régime général**

⑤

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	74,7	91,0	31,1	13,1	208,2	0,0	208,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,0	2,3	0,6	0,1	5,0	0,0	5,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	17,5	6,5	0,0	86,1	0,0	86,1
Charges liées au non recouvrement	-0,5	-0,4	-0,3	-0,2	-1,4	-0,3	-1,7
Transferts	3,0	28,3	0,2	0,0	20,3	0,0	3,7
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	5,0	0,3	0,6	0,4	6,3	0,0	6,3
Recettes	219,2	139,0	51,0	13,5	409,5	16,8	409,7

⑥ **III. Fonds de solidarité vieillesse**

⑦

	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	17,1
Impôts, taxes et autres contributions sociales	0,0
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Recettes	16,8

