



TEXTE ADOPTÉ n° 360
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

3 décembre 2019

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(Texte définitif)

L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **2296, 2340, 2314** et T.A. **345**.

Commission mixte paritaire : **2426**.

Nouvelle lecture : **2416, 2436** et T.A. **353**.

Lecture définitive : **1455**.

Sénat : 1^{re} lecture : **98, 104, 109, 103** et T.A. **26** (2019-2020).

Commission mixte paritaire : **132** et **133** (2019-2020).

Nouvelle lecture : **151, 153** et T.A. **31** (2019-2020).

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2018, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	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

 ;

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

(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

 ;

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

(En milliards d'euros)

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

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 195,2 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles ;

6° Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse, lesquelles sont nulles ;

7° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 15,4 milliards d'euros.

Article 2

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3

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

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

2° Le *b* est ainsi modifié :

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

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

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

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

II. – Le dernier alinéa du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Avant imputation aux sections mentionnées aux IV, V et VI, l'ensemble des contributions mentionnées aux 1°, 1° bis et 3° de l'article L. 14-10-4 du présent code destinées aux personnes handicapées, soit au titre des établissements et services financés par la sous-section mentionnée au 1 du I du présent article, soit au titre de la présente section, doit totaliser au moins 20 % du produit de ces contributions. »

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 :

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

2° De la modification de la rédaction de l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale résultant de l'article 16 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

3° De la modification de la rédaction du V de l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 résultant du III de l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

IV. – Les dépenses exposées pour la rémunération des personnes, mentionnées au 1° de l'article 1^{er}, à l'article 3 et au premier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 2018-359 du 16 mai 2018 fixant les modalités de transfert des personnels administratifs des juridictions mentionnées

au 1° du I de l'article 109 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et celles de leur accès aux corps des services judiciaires ou aux corps communs du ministère de la justice, affectées au sein des juridictions compétentes pour connaître du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale demeurent, sous réserve des transferts de personnels déjà effectués dans le cadre de la mise en œuvre des lois de finances pour 2019 et 2020, prises en charge jusqu'au 31 décembre 2020 par les organismes de sécurité sociale dans les conditions fixées par l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 2019.

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

Article 4

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

Article 5

Au titre de l'année 2019, sont rectifiés :

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

(En milliards d'euros)

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

 ;

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

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

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

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

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

Article 6

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

(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

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^{ER}

Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs

Article 7

I. – A. – Bénéficie de l'exonération prévue au V la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée dans les conditions prévues aux II et III à leurs salariés ou à leurs agents par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.

B. – Par dérogation à l'article L. 3312-5 du même code, les accords d'intéressement conclus entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, sans pouvoir être inférieure à un an.

C. – La prime mentionnée au A du présent I peut être attribuée par l’employeur à l’ensemble des salariés et des agents qu’il emploie ou à ceux dont la rémunération est inférieure à un plafond.

D. – L’entreprise utilisatrice mentionnée au 1° de l’article L. 1251-1 du code du travail qui attribue à ses salariés la prime mentionnée au A du présent I en informe l’entreprise de travail temporaire dont relève le salarié mis à disposition. L’entreprise de travail temporaire verse la prime au salarié mis à disposition selon les conditions et les modalités fixées par l’accord ou la décision de l’entreprise utilisatrice mentionné au III. La prime ainsi versée bénéficie de l’exonération mentionnée au V lorsque les conditions mentionnées au A du présent I sont remplies par l’entreprise utilisatrice.

E. – Le A du présent I est applicable dans les conditions prévues au IV aux travailleurs handicapés bénéficiant d’un contrat de soutien et d’aide par le travail mentionné à l’article L. 311-4 du code de l’action sociale et des familles et relevant des établissements et services d’aide par le travail mentionnés à l’article L. 344-2 du même code.

F. – La condition relative à la mise en œuvre d’un accord d’intéressement prévue au A du présent I n’est pas applicable aux associations et fondations mentionnées au *a* du 1° de l’article 200 et au *b* du 1° de l’article 238 *bis* du code général des impôts.

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 :

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 ;

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 ;

3° Elle est versée entre la date d’entrée en vigueur du présent article et le 30 juin 2020 ;

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.

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 même code.

IV. – Lorsqu'elle satisfait aux conditions mentionnées aux 2° à 4° du II et qu'elle bénéficie à l'ensemble des travailleurs handicapés liés à un établissement ou service d'aide par le travail mentionné à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles par un contrat de soutien et d'aide par le travail mentionné à l'article L. 311-4 du même code, à la date de versement, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat bénéficie de l'exonération prévue au V.

V. – La prime attribuée dans les conditions prévues aux I à III aux salariés ou agents publics ayant perçu au cours des douze mois précédant son versement une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est exonérée, dans la limite de 1 000 € par bénéficiaire, d'impôt sur le revenu, de toutes les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle ainsi que des participations, taxes et contributions prévues à l'article 235 *bis* du code général des impôts et à l'article L. 6131-1 du code du travail dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.

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.

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.

Article 8

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

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

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

a) Le I est ainsi modifié :

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

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

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

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

c) Le VII est ainsi modifié :

– au premier alinéa, après la référence : « article L. 922-4 », sont insérés les mots : « du présent code et à l'article L. 6527-2 du code des transports » ;

– il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où la minoration, prévue au 1° de l'article L. 5422-12 du code du travail, des contributions dues au titre de l'assurance chômage à la

charge de l'employeur aboutit à un montant de réduction calculé en application du III du présent article supérieur au montant des cotisations et contributions mentionnées au I applicables à la 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. »

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

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

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

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

Article 9

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

1^o Le 6^o *ter* est ainsi modifié :

a) Après la mention : « 6^o *ter* », est insérée la mention : « *a* » ;

b) Il est ajouté un *b* ainsi rédigé :

« *b)* Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2019, par les filiales de coopératives agricoles mentionnées au *a* du présent 6^o *ter* et par l'ensemble de leurs filiales successives, à la condition que ces filiales se

situent dans leur champ d'activité et que lesdits sociétés et groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ; »

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

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

Article 10

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

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

Article 11

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

Article 12

À la première phrase du dernier alinéa du B du III de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 70 % » est remplacé par le taux : « 100 % ».

Article 13

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

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

de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

« Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 sont intégralement assujetties. »

II. – Les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle versées aux fonctionnaires, aux personnels affiliés au régime de retraite institué en application du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et aux agents contractuels de droit public en application des I et III de l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique sont exclues, dans la limite de deux fois le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, de l'assiette des cotisations sociales d'origine légale et réglementaire à la charge de ces agents publics et de leurs employeurs.

Les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel mentionné au même article L. 241-3 sont intégralement assujetties.

III. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux pertes de recettes résultant de l'application des I et II du présent article.

IV. – Pour les fonctionnaires mentionnés à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle prévue à l'article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ne peut être supérieur à un montant défini par décret.

Article 14

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

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

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

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

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

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

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

IV. – Le présent article est applicable aux revenus perçus ou réalisés à compter du 1^{er} janvier 2019.

Article 15

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

1° Au *b* du I, les références : « modifiés n° 1576/89 du Conseil du 29 mai 1989, n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 et n° 1493/99 du Conseil du 17 mai 1999, » sont remplacées par les mots : « (UE) n° 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019 et (UE) n° 1308/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013, à l'exclusion des produits mentionnés par le règlement (UE) n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, ainsi qu' » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

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

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

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

Article 16

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

« e) Un pourcentage fixé par décret de la rémunération versée aux personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8, qui ne peut excéder 40 % de cette rémunération ; ».

Article 17

I. – L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux avantages versés au titre du dispositif de cessation anticipé d'activité institué dans la branche professionnelle des ports et de la manutention par l'accord du 15 avril 2011 relatif à la pénibilité et par l'accord du 16 avril 2011 relatif à la cessation anticipée d'activité.

Les sommes correspondant à la part des avantages versés au titre de la cessation anticipée d'activité mentionnée au premier alinéa du présent article financée par des cotisations des employeurs sont assujetties au forfait social prévu à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

II. – Le présent article s'applique aux avantages versés à compter du 1^{er} janvier 2020.

CHAPITRE II

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 18

I – Le titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa l'article L. 724-7, après la référence : « titre II », sont insérés les mots : « , le contrôle de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 725-3 du présent code » ;

2° À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 724-11, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

3° Après le premier alinéa de l'article L. 725-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, elles sont également chargées du recouvrement des cotisations et des

majorations et pénalités de retard dues au titre d'autres régimes obligatoires de protection sociale lorsque la loi les y autorise. »

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

1° L'article L. 133-2 est abrogé ;

2° Le second alinéa de l'article L. 133-3 est ainsi rédigé :

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

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

« II *ter*. – Les organismes et administrations auxquels sont destinées les données déclarées mettent à disposition des personnes tenues aux obligations mentionnées aux I et II *bis* les informations, déterminées par décret, leur permettant de renseigner leurs déclarations sociales et de s'assurer de la conformité de leur situation à la législation sociale au moyen d'un dispositif unifié. » ;

4° Après le même article L. 133-5-3, il est inséré un article L. 133-5-3-1 ainsi rédigé :

« 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.

« En cas de constat d'anomalie résultant de ces vérifications, les déclarants sont tenus d'effectuer les corrections requises. En l'absence de correction par le déclarant, celle-ci peut être réalisée par les organismes auxquels la déclaration a été adressée.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions et les modalités d'application du présent article, et notamment la procédure d'échange contradictoire préalable à la correction des déclarations par les organismes mentionnés au deuxième alinéa et les modalités d'organisation garantissant le caractère simple et coordonné des procédures qu'il prévoit. » ;

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

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 par le déclarant dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-3-1 » ;

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

6° L'article L. 213-1 est ainsi rédigé :

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

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

« 2° Le recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi dues par les personnes mentionnées à l'article L. 611-1, à l'exception des cotisations mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, L. 645-2, au second alinéa de l'article L. 645-2-1 et à l'article L. 645-3 et des cotisations et contributions mentionnées aux articles L. 652-6, L. 652-7, L. 652-9 et L. 654-2 ;

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

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

« 5° Le recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 137-30, L. 138-20, L. 862-4 et L. 862-4-1 du présent code ;

« 6° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 3253-18, L. 5212-9, aux 1° à 3° de l'article L. 5422-9, aux articles L. 5422-11, L. 6131-1 et L. 6331-48 du code du travail ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique ;

« 7° Toute autre activité de recouvrement de cotisations ou contributions qui leur est confiée par la loi ;

« 8° 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 ;

« 9° La mise en œuvre des décisions prises par les instances régionales du conseil mentionné à l'article L. 612-1 dans le domaine de l'action sociale visant à faciliter le règlement des cotisations et contributions sociales.

« II. – Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.

« Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.

« 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. » ;

7° Après le même article L. 213-1, il est inséré un article L. 213-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 213-1-1.* – Le 1° du I de l'article L. 213-1 n'est pas applicable au recouvrement :

« 1° De la cotisation mentionnée au 2° du paragraphe 1^{er} de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires ;

« 2° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur ;

« 3° Des cotisations d'assurance vieillesse dues au titre des régimes, autres que ceux mentionnés au 2° du présent article, comptant moins

de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations par an ;

« 4° Des cotisations et contributions dues par les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 5551-1 du code des transports lorsqu'elles ne sont pas rattachées par leur employeur à un établissement situé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. » ;

8° À l'article L. 213-4, les mots : « aux 2°, 4° et 5° de » sont remplacés par le mot : « à » ;

9° L'article L. 225-1-1 est ainsi modifié :

a) Le 3° est abrogé ;

b) Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° De centraliser l'ensemble des sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

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

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

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

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

« Le troisième alinéa du présent 5° est rendu applicable aux autres cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 213-1 du présent code, à l'exception de celles affectées aux branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2, à des dates fixées par décret en Conseil d'État.

« Le taux mentionné au troisième alinéa du présent 5° est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite du taux mentionné au premier alinéa du B du I de l'article 1641 du

code général des impôts ou, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code à compter du 1^{er} janvier 2020, du taux moyen de non recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence, si ce taux est inférieur.

« Sans préjudice de l'application des troisième à septième alinéas du présent 5^o, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale applique sur les sommes recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 des frais de gestion déterminés dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.

« Les modalités selon lesquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des attributaires les informations nécessaires à l'exercice de leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

c) Le 5^o *bis* est ainsi rédigé :

« 5^o *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 en application du même article L. 131-8 ; »

d) Après le 7^o, il est inséré un 7^o *bis* ainsi rédigé :

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

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

« Art. L. 225-1-5. – I. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7^o 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.

« II. – Pour l'exercice de sa mission prévue au 7^o *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.

« 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. » ;

11° L'article L. 225-6 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-6. – I. –* Les charges de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont couvertes par les branches du régime général mentionnées à l'article L. 200-2 dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

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

12° L'article L. 243-3 est abrogé ;

13° Le II des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-2 est abrogé ;

14° La seconde phrase du premier alinéa du III de l'article L. 243-6-3 est supprimée ;

15° Les articles L. 243-6-6 et L. 243-6-7 sont abrogés ;

16° L'article L. 243-7 est ainsi modifié :

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

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par Pôle emploi » et, à la fin, les mots : « et le calcul de la contribution mentionnée à l'article L. 5212-9 du code du travail » sont supprimés ;

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

d) Le troisième alinéa est supprimé ;

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

18° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 921-2-1 est supprimée.

III. – Le livre V de la cinquième partie du code des transports est ainsi modifié :

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

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

3° L'article L. 5553-16 est abrogé.

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

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

2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils disposent d'une faculté identique à l'égard des commissaires aux comptes des entités qui gèrent des opérations dont l'examen est nécessaire pour

apprécier la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes des organismes, branches ou activités mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du présent code. »

V. – 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 ».

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

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

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

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

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

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

VIII. – La loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifiée :

1° L'article 16 est ainsi modifié :

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

b) Le III est abrogé ;

2° À la troisième phrase du premier alinéa du VI de l'article 18, les mots : « dans les mêmes conditions que les cotisations visées au premier

alinéa du III de l'article 16 » sont remplacés par les mots : « selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre III du titre III et au chapitre II du titre IV du livre I^{er} ainsi qu'aux chapitres III et IV du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale ».

IX. – La deuxième phrase du IV de l'article 13 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est complétée par les mots : « et est financée par le fonds mentionné à l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale ».

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

1° Le X est abrogé ;

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

XI. – Les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime sont chargées du recouvrement des 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 décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières, pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole relevant du 6° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime.

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

1° Le XI est applicable aux cotisations dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2021 ;

2° Les 13°, 14° et 15° ainsi que les *b* et *d* du 16° du II sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

3° Les 6° et 7° du II, les troisième à septième alinéas du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte du *b* du 9° du II, le II de l'article L. 225-6 du même code tel qu'il résulte du 11° du II et le VIII sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

4° Par dérogation, les dispositions mentionnées au 3° du présent XII sont applicables :

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 ;

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 du présent 4° ;

c) Pour les périodes d'activité courant à partir du 1^{er} janvier 2023, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux cotisations d'assurance vieillesse des agents non titulaires de la fonction publique, aux cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, aux contributions mentionnées à l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, aux cotisations dues au titre du régime des clercs et employés de notaires et à celles mentionnées à l'article L. 382-17 du code de la sécurité sociale ;

5° Les 17° et 18° du II et le VI sont applicables aux cotisations dues pour les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2023 ;

6° Le cinquième alinéa de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, dans sa rédaction résultant du IV, s'applique aux demandes de renseignements adressées par les membres et personnels de la Cour des comptes, aux commissaires aux comptes des entités autres que les organismes mentionnés à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, le fonds mentionné à l'article L. 135-6 du même code et les fédérations mentionnées à l'article L. 921-4 dudit code à compter du 1^{er} octobre 2020 ;

7° Chacune des dates d'entrée en vigueur prévues au premier alinéa et aux 1° à 6° du présent XII 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 10° du II du présent article, au A du III de l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 précitée peut être reportée ou avancée par décret pour une ou plusieurs catégories de

cotisations ou contributions ou de redevables. Ce report ou cette anticipation ne peuvent excéder deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, préalablement à toute décision de report ou d'anticipation, un rapport en justifiant les raisons.

XIII. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des dispositions relevant du domaine de la loi complétant les articles L. 133-5-6, L. 133-5-8 et L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en vue d'instaurer un dispositif simplifié pour le recouvrement par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code des cotisations dues par les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, en vue de faciliter l'unification de ce recouvrement.

Le projet de loi ratifiant cette ordonnance est déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

Article 19

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

1° Le 35° de l'article L. 311-3 est ainsi modifié :

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

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

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

« *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 par voie dématérialisée les éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales dans le cadre de la souscription de la déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts selon les modalités déterminées au même article 170. Dans les cas où la déclaration mentionnée à l'article 170 du code général des impôts n'est pas souscrite dans les conditions mentionnées à la première phrase du présent alinéa, les travailleurs indépendants sont tenus d'effectuer la déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales par voie dématérialisée auprès*

des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code.

« Les organismes de sécurité sociale mentionnés aux mêmes articles L. 213-1 et L. 752-4 reçoivent de l'administration fiscale à leur demande, ou à celle du travailleur indépendant lui-même, les informations nominatives nécessaires au calcul des cotisations et contributions.

« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques peut être utilisé pour les échanges prévus au présent I. Les modalités selon lesquelles ces échanges sont réalisés sont déterminées par décret en Conseil d'État.

« II. – Les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du I procèdent par voie dématérialisée au versement des cotisations et contributions sociales.

« III. – Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 613-7 souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales selon les modalités mentionnées à l'article L. 613-8. Ils procèdent par voie dématérialisée au versement de ces cotisations et contributions sociales. » ;

3° L'article L. 613-5 est abrogé ;

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

« *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. » ;

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

« Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants sont recouvrées selon les mêmes modalités que celles dues personnellement par les travailleurs indépendants. »

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

« *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. »

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

1° Au premier alinéa de l'article 28-11, après la référence : « III *bis* », est insérée la référence : « du titre III » ;

2° Le chapitre V est complété par un article 28-12 ainsi rédigé :

« *Art. 28-12.* – La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;

3° Il est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VI*

« *Modalités de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants*

« *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 même code. »

IV. – Les 2° et 3° du I sont applicables à compter des déclarations transmises en 2021 au titre des revenus de l'année 2020.

Pour les travailleurs indépendants mentionnées à l'article L. 646-1 du code de la sécurité sociale, les articles L. 613-2 et L. 613-5 du même code

restent applicables dans leur rédaction antérieure à la présente loi jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2023.

Le 2^o 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.

Le 3^o du même III s'applique aux cotisations et contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

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

1^o Le premier alinéa est ainsi modifié :

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

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

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

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

Article 20

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

2. 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 :

a) Particuliers employeurs, y compris lorsqu'ils ont recours à un organisme mentionné au 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail dès lors qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi des salariés concernés ;

b) Particuliers recourant à une entreprise, une association définie au même article L. 7232-6, en dehors de ceux mentionnés au a du présent 2.

3. Le dispositif mentionné au 1 tient compte des aides et prestations sociales suivantes :

a) Les prestations sociales mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

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. 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 aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail dont bénéficie l'intéressé au titre de l'année au cours de laquelle ces dépenses sont réalisées. Le montant de l'aide spécifique perçue n'est pas déduit des dépenses effectivement supportées mentionnées au 3 de l'article 199 *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 même code est calculé en fonction du montant du crédit d'impôt, après imputation du montant de l'aide spécifique.

4. Un décret fixe la liste des départements retenus avec leur accord pour participer à l'expérimentation ainsi que les modalités de sa mise en place.

II. – Pour les particuliers mentionnés au a du 2 du I, les aides et prestations mentionnées au 3 du même I sont versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

Pour les particuliers mentionnés au b du 2 du I, l'entreprise ou l'association mentionnée au même b informe l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale dont elle relève des prestations réalisées, de leur nature, de l'identité de leur bénéficiaire et du montant total dû. À moins que le particulier et l'entreprise ou l'association

s'accordent pour un paiement effectué selon les modalités mentionnées à l'article L. 133-5-12 du même code, l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 dudit code verse directement au particulier le montant des aides mentionnées au 3 du I du présent article.

III. – Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale conclut des conventions :

1° Avec la direction générale des finances publiques, pour préciser les modalités d'échange des informations relatives :

a) À la situation fiscale des personnes adhérant au dispositif ;

b) Aux montants versés au titre des prestations sociales et de l'aide spécifique mentionnées au 3 du I du présent article, ainsi que les modalités du remboursement par l'État à l'organisme de l'aide spécifique, postérieurement à la liquidation du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts auquel les personnes concernées peuvent prétendre ;

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 du présent article ainsi que les modalités de remboursement par le conseil départemental des montants versés pour son compte ;

3° Avec les entreprises ou associations mentionnées à l'article L. 7232-6 du code du travail participant à l'expérimentation, pour préciser les modalités d'échange d'informations relatives aux particuliers qui ont recours à leurs services, aux prestations de service réalisées et au montant facturé à ces mêmes personnes.

IV. – L'expérimentation est conduite pour une durée de deux ans. Le Gouvernement remet au Parlement, à la fin de cette période d'expérimentation, un rapport d'évaluation portant notamment sur les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt mentionné à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts sur la participation financière des bénéficiaires des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, d'une part, et sur les coûts induits par l'application du 2 du I du présent article pour les organismes, entreprises ou associations mentionnés aux *a* et *b* du même 2 participant à l'expérimentation, d'autre part.

Article 21

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

1° L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du III est ainsi modifié :

– 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 mentionnés respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 8224-2 du code du travail » ;

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

b) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

III. – Le 1° du I s'applique à toute annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale ou de contributions n'ayant

pas donné lieu à une décision de justice ayant un caractère irrévocable sur demande expresse du cotisant et sur présentation de justificatifs probants.

Article 22

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

1° La section 2 du chapitre 4 *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

a) Les trois derniers alinéas de l'article L. 114-10 sont supprimés ;

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

c) Il est rétabli un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-10-1.* – Les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches et différents régimes de la sécurité sociale.

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

2° Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :

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 ;

b) Au même premier alinéa, après le mot : « remet », sont insérés les mots : « , en vue de la mise en œuvre par l'organisme de recouvrement de la procédure prévue au II, » ;

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

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

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

5° À l'article L. 243-11, le mot : « employeurs » est remplacé par le mot : « cotisants » ;

6° Le deuxième alinéa de l'article L. 243-15 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'entreprise de travail temporaire doit également justifier de l'obtention de la garantie financière prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail. » ;

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

II. – Au premier alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ainsi que selon les dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du même code ».

III. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 1251-47 du code du travail, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « ou par l'agent de contrôle de l'organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 ou L. 752-1 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime ».

IV. – Le *b* du 2° du I du présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1^{er} janvier 2020.

CHAPITRE III

Réguler le secteur des produits de santé

Article 23

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre VIII du titre III est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« Section 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

« *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.

« 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 au présent article.

« *Art. L. 138-19-9.* – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-19-8 est égale au montant remboursé par l'assurance maladie au titre de l'année civile mentionné au même article L. 138-19-8, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie, pour le compte de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, selon des modalités définies par décret, les montants remboursés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« 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 même premier alinéa.

« *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 à l'article L. 138-19-8. La contribution n'est pas due lorsque ce montant est négatif.

« 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.

« 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.

« *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.

« *Art. L. 138-19-12.* – La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1^{er} juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« 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 1^{er} avril de l'année suivante. Selon des modalités fixées par décret, ces déclarations sont transmises au Comité économique des produits de santé, afin que celui-ci signale le cas échéant les rectifications des données à opérer.

« *Art. L. 138-19-13.* – Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;

2° Après l'article L. 165-1-1, il est inséré un article L. 165-1-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-1-1.* – L'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament inscrit sur l'une des listes prévues aux articles L. 165-1 ou L. 165-11 ou pris en charge au titre de l'article L. 165-1-1 ou L. 165-1-5 est le fabricant, le mandataire de ce dernier ou un distributeur assurant

l'exploitation de ce produit. L'exploitation comprend la commercialisation ou la cession à titre gratuit sur le marché français du produit.

« Pour chaque produit, l'exploitant est :

« 1° Le fabricant ou son mandataire ;

« 2° À défaut, le ou les distributeurs qui se fournissent directement auprès du fabricant ou de son mandataire ;

« 3° À défaut des 1° et 2°, tout distributeur intervenant sur le marché français, à condition que pour chaque produit commercialisé, ce distributeur ne se fournisse pas auprès d'un exploitant de ce produit, directement ou Indirectement, ni ne fournisse un autre exploitant, directement ou Indirectement.

« Lorsqu'un distributeur est exploitant au titre des 2° ou 3°, il signe un accord de distribution avec le fabricant ou son mandataire. Le contenu minimal de l'accord de distribution est fixé par décret. L'existence d'un exploitant au titre du 1° exclut pour tout distributeur la possibilité d'être exploitant au titre des 2° ou 3°. L'existence d'un exploitant au titre du 2° exclut pour tout distributeur la possibilité d'être exploitant au titre du 3°.

« Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, il est tenu, ainsi que l'ensemble des exploitants de ce même produit, 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. »

II. – Le 1° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Pour l'année 2020, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est égal à 1,03 multiplié par le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019 en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 dudit code, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5 et L. 165-4 du même code dues au titre de l'année 2019.

III. – Pour chaque produit concerné, l'obligation fixée au 2° du I pour un distributeur de détenir un accord de distribution avec le fabricant ou son mandataire mentionné à l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale

entre en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2021.

Article 24

Pour l'année 2020, le montant M mentionné au I de 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 du même code.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 25

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

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « financières », sont insérés les mots : « et ceux mentionnés à l'article L. 612-5-1 du présent code » ;

2° L'article L. 131-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Le dernier alinéa est remplacé par un II ainsi rédigé :

« II. – Le I n'est pas applicable :

« 1° Aux réductions et exonérations prévues au 5° bis du III de l'article L. 136-1-1, au III bis de l'article L. 136-8, aux huitième, avant-dernier et

dernier alinéas de l'article L. 137-15, aux articles L. 241-6-1, L. 241-13, L. 241-17, au premier alinéa du II de l'article L. 242-1 et aux articles L. 613-1 et L. 621-3 ;

« 2° À la réduction de la contribution mentionnée à l'article L. 137-30 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 137-2. » ;

3° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi modifié :

– à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 44,97 % » est remplacé par le taux : « 53,37 % » ;

– à la fin du troisième alinéa, le taux : « 35,24 % » est remplacé par le taux : « 27,57 % » ;

– à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 9,79 % » est remplacé par le taux : « 19,06 % » ;

– le dernier alinéa est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi modifié :

– le *a* est ainsi rédigé :

« a) À la Caisse nationale des allocations familiales, pour la part correspondant à un taux de :

« – 0,95 % pour les contributions mentionnées aux 1° du I, au II et au III *bis* du même article L. 136-8 ;

« – 0,68 % pour la contribution mentionnée au 3° du I dudit article L. 136-8 ; »

– au début du troisième alinéa du *b*, le taux : « 7,35 % » est remplacé par le taux : « 5,30 % » ;

– à la fin du *c*, le taux : « 0,30 % » est remplacé par le taux : « 0,22 % » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 612-5 est ainsi rédigé :

« Un décret précise les modalités d'application du présent article. » ;

5° Après le même article L. 612-5, il est inséré un article L. 612-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 612-5-1.* – Sans préjudice de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, les comptes annuels du conseil mentionné à l'article L. 612-1 ainsi que les comptes combinés des régimes mentionnés au 3° du même article L. 612-1 du présent code sont certifiés par la Cour des comptes. Le rapport de certification de ces comptes est transmis au Parlement. » ;

6° Le dernier alinéa de l'article L. 622-2 est ainsi rédigé :

« 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. » ;

7° L'article L. 632-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-2.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale de l'assurance maladie approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. » ;

8° L'article L. 635-4-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 635-4-1.* – Le service des prestations mentionnées au présent chapitre est confié aux organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 dans des conditions faisant l'objet d'un protocole entre le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants et la Caisse nationale d'assurance vieillesse approuvé par l'État. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret.

« La Caisse nationale d'assurance vieillesse mène les travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage du régime mentionné à l'article L. 635-1 par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent, sont assurées par l'Agence centrale de organismes de sécurité sociale qui dispose à ce titre d'un mandat général pour effectuer les opérations afférentes. Un ou des protocoles entre ces organismes et le Conseil de la protection sociale des travailleurs

indépendants, approuvés par l'État, précisent les engagements de service et modalités d'information et d'échange liés à ces missions. Les modalités de financement des coûts afférents sont prévues par décret. »

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 5° de l'article L. 731-2, le taux : « 53,08 % » est remplacé par le taux : « 46,60 % » ;

2° Au 3° de l'article L. 731-3, le taux : « 40,05 % » est remplacé par le taux : « 39,59 % » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 732-58, le taux : « 6,87 % » est remplacé par le taux : « 13,81 % ».

III. – Au premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social, les mots : « à la Caisse nationale du régime sociale des indépendants » sont remplacés par les mots : « à l'Agence de services et de paiement ».

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.

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 de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003) pour l'exercice 2020 est déterminée forfaitairement.

VI. – Le V de l'article 9 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi rédigé :

« V. – Il est attribué au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du code rural et de la pêche maritime une quote-part des droits mentionnés au 5° de l'article L. 731-2 et au 3° de l'article L. 731-3 du même code dont sont attributaires les branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-8 dudit code. »

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

1° Au dernier alinéa du 2°, après le mot : « dissoutes », sont insérés les mots : « et mises, dans des conditions fixées par décret, en liquidation » ;

2° Le *b* du 4° est ainsi modifié :

a) Les mots : « Au 1^{er} janvier 2019 » sont remplacés par les mots : « Au 31 décembre 2019 » ;

b) Les mots : « les disponibilités, capitaux propres, créances » sont remplacés par les mots : « les immobilisations, les disponibilités, les capitaux propres et les créances » ;

c) Après les mots : « invalidité-décès », sont insérés les mots : « ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l’action sanitaire et sociale » ;

3° À la première phrase du c du même 4°, après le mot : « autres », sont insérés les mots : « biens mobiliers et immobiliers, » ;

4° Après le même c, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par exception, les actifs informatiques autres que les matériels expressément identifiés à ce titre dans les conventions mentionnées au dernier alinéa du présent 4° sont transférés au 1^{er} janvier 2020 au groupement d’intérêt économique “Système d’information Sécu-Indépendants”. Les matériels informatiques mentionnés dans ces conventions sont transférés aux organismes du régime général. » ;

5° À la fin du dernier alinéa du 4°, après le mot : « soit », sont insérés les mots : « et sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière prévue à l’article 879 du code général des impôts ».

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.

IX. – À compter de l’année 2020, la caisse mentionnée à l’article L. 222-1 du code de la sécurité sociale et le régime institué en application de l’article L. 921-1 du même code compensent au régime spécial de retraite du personnel de la SNCF les pertes de ressources résultant, pour ce régime, de l’arrêt, au 1^{er} janvier 2020, des recrutements au cadre permanent de la SNCF en application de l’article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

Une convention entre ces régimes, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, détermine les modalités de cette compensation, en tenant compte de l’évolution des ressources et des charges résultant de l’arrêt des recrutements pour chacun des organismes.

À défaut de signature de cette convention avant le 1^{er} juillet 2020, un décret, publié au plus tard le 31 décembre 2020, détermine les conditions de mise en œuvre par les régimes de la compensation prévue au présent IX.

X. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'à la date fixée par le décret mentionné au troisième alinéa du I de l'article 114 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, les dépenses de toute nature exposées par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et résultant de l'application des chapitres II et III mentionnés à l'article L. 144-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} janvier 2019 sont prises en charge par l'État.

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 c de l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction résultant de la présente loi, et pour le solde par ses fonds propres. Cette somme est retracée en charges à la section mentionnée au IV de l'article L. 14-10-5 du même code. Les dispositions du présent XI sont précisées par décret.

XII. – À l'exception du X, le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 26

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.

Article 27

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	224,1	-3,4
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	521,6	-4,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	516,1	522,1	-5,9

Article 28

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 :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie.....	219,2	222,6	-3,3
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).....	409,4	413,5	-4,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse.....	409,6	415,1	-5,4

Article 29

I. – Pour l'année 2020, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Pour l'année 2020, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,7 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2020, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées.....	0
Total	0

Article 30

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 :

(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

II. – Le 3° de l'article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces avances portent intérêt à un taux défini comme la somme d'un taux interbancaire de référence, s'il est positif, adapté à la durée de l'avance accordée et d'une marge fixe qui ne peut excéder 200 points de base. Cette marge fixe peut être majorée dans la limite du double de son niveau lorsque plusieurs avances sont consenties au

cours d'une année civile. Les taux de référence, le niveau de marge, les conditions de prise en compte de la réitération des avances ainsi que l'encours maximal des avances octroyées sont prévus par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

Article 31

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER}

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS

CHAPITRE I^{ER}

Réformer le financement de notre système de santé

Article 32

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « observatoire » est remplacé par le mot : « comité » ;

2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa et du cinquième alinéa, les mots : « L'observatoire » sont remplacés par les mots : « Le comité » ;

3° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« Au sein du comité, un protocole visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents peut être signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Le comité est également chargé du suivi et de l'application de ce protocole. » ;

4° Au troisième alinéa et à la seconde phrase du quatrième alinéa, les mots : « l'observatoire » sont remplacés par les mots : « le comité » ;

5° Au dernier alinéa, les mots : « de l'observatoire » sont remplacés par les mots : « du comité ».

Article 33

I. – L'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-16.* – I. – Les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient pour leur activité de médecine, par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, d'une garantie pluriannuelle de financement. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, des besoins de santé de la population du territoire, tels que définis par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales, ainsi que de la qualité de la prise en charge des patients, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-23-15. Ces établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes issues de leur activité lorsque celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée.

« II. – Les hôpitaux de proximité bénéficient également d'une dotation de responsabilité territoriale dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et de la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients. Cette dotation a notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ainsi qu'à financer l'indemnité prévue au dernier alinéa de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique versée par les hôpitaux de proximité aux professionnels de santé libéraux participant à l'exercice de leurs missions. Cette indemnité peut également être versée

aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité de statut privé relevant de l'article L. 6161-1 du même code.

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

II. – À compter de la date d'entrée en vigueur prévue au IV de l'article 35 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le premier alinéa du II de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « missions », sont insérés les mots : « précisées aux 1° à 4° de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique » ;

2° À la deuxième phrase, les mots : « code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « même code ».

III. – L'article L. 6146-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral admis, dans les conditions prévues aux deux premiers alinéas du présent article, à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 peuvent être indemnisés à ce titre selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoute aux honoraires mentionnés au premier alinéa du présent article. »

IV. – Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement des établissements hospitaliers dans les collectivités territoriales définies à l'article 73 de la Constitution et dans la collectivité de Corse, afin d'évaluer les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques de ces territoires et les différents modes de financement dont ils font l'objet.

Article 34

I. – La section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° À l'article L. 162-22-7-3, les mots : « d'un dispositif de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du présent

code » sont remplacés par les mots : « de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont » ;

2° L'article L. 162-23-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-3.* – Pour les activités de soins mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues directement de l'activité, dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-23-4, et d'une dotation forfaitaire visant à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;

3° Le I de l'article L. 162-23-4 est ainsi modifié :

a) Le 1° est abrogé ;

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent, respectivement, les 1°, 2° et 3° ;

c) Le 4° est ainsi rétabli :

« 4° les modalités de calcul de la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ; »

4° La première phrase du I de l'article L. 162-23-5 est ainsi modifiée :

a) La première occurrence de la référence : « 2° » est remplacée par la référence : « 1° » ;

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 ;

5° Après l'article L. 162-23-6, il est inséré un article L. 162-23-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-23-6-1.* – Les médicaments qui bénéficient de l'un des dispositifs de prise en charge mentionnés aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 et qui sont administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 dans les conditions respectivement fixées aux articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. La prise en charge de ces médicaments est conditionnée par la prescription initiale du traitement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22-6, sans préjudice des autres dispositions applicables. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-7, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

7° À l'article L. 162-23-10, après la référence : « L. 162-23-8 », sont insérés les mots : « ainsi que la dotation forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-23-3 ».

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

1° Le III est ainsi modifié :

a) Le A est abrogé ;

b) Au premier alinéa du 2° et au 6° du E, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 » ;

c) Au premier alinéa du F, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 28 février 2023 » ;

d) Au premier alinéa et à la deuxième phrase du deuxième alinéa du B et, à la fin des *a* et *b* du 3° du E, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2021 » ;

e) À la deuxième phrase du deuxième alinéa du B, la date : « 28 février 2022 » est remplacée par la date : « 28 février 2026 » ;

f) Au premier alinéa, à la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa et à la fin de l'avant-dernier alinéa du B ainsi qu'au premier alinéa et à la fin du deuxième alinéa du D, la date : « 1^{er} mars 2022 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2026 » ;

g) Au premier alinéa du G, la référence : « au 2° » est remplacée par la référence : « au 1° » ;

h) Il est ajouté un H ainsi rédigé :

« 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 dudit code sont minorés du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. » ;

2° Aux V et VI, la date : « 31 décembre 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2020 ».

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

1° Au 1° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-1 » est supprimée ;

2° La première phrase de l'article L. 162-21-2 est ainsi modifiée :

a) Les références : « L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;

b) À la fin, les mots : « dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « dans les dotations mentionnées aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

3° À la seconde phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « des articles L. 162-22-3 et » sont remplacés par les mots : « de l'article » ;

4° À la fin du 2° de l'article L. 162-22, les mots : « L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par la référence : « L. 162-22-19 » ;

5° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI est abrogée ;

6° La sous-section 3 de la même section 5 devient la sous-section 2 ;

7° À l'article L. 162-22-16, les mots : « à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-19 et L. 174-1 » ;

8° La sous-section 3 de la même section 5 est ainsi rétablie :

« Sous-section 3

« Dispositions relatives aux activités de psychiatrie

« 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 afférentes aux frais d'hospitalisation et de prise en charge au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« 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.

« Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.

« II. – L'objectif défini au I est constitué en dotations dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il comprend :

« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant tient compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et des projets de développement de nouvelles activités ;

« 2° Des dotations complémentaires, dont le montant tient compte de l'activité hospitalière et extrahospitalière des établissements et de leurs missions spécifiques. Un décret en Conseil d'État détermine les catégories de dotations complémentaires ;

« 3° La dotation prévue à l'article L. 162-23-15 pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22.

« III. – La dotation populationnelle est répartie entre les régions en tenant compte des critères sociaux et démographiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre de soins hospitalière et extrahospitalière et de l'offre médico-sociale sur le territoire, notamment le nombre d'établissements par région pour chacune des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 ainsi que du projet régional de santé, de ses déclinaisons territoriales et des orientations des schémas interrégionaux.

« 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.

« 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.

« *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 :

« 1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'article L. 162-22-18, tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ;

« 2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ;

« 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 ;

« 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.

« II. – Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement. Ce montant est établi :

« 1° Pour la dotation mentionnée au 1° du I, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;

« 2° Pour les dotations mentionnées au 2° du même I, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;

« 3° Pour la dotation mentionnée au 3° dudit I, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15 ;

« 4° Pour la dotation mentionnée au 4° du même I, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-14.

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

9° L'intitulé de la sous-section 5 de la même section 5 est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie, aux activités de psychiatrie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » ;

10° À la fin du 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 » ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 165-7, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-1 et » est supprimée ;

12° L'article L. 174-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-1.* – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités suivantes :

« 1° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 ;

« 2° Les activités mentionnées au 3° du même article L. 162-22 ;

« 3° L'ensemble des activités de soins dispensées par l'Institution nationale des invalides ;

« 4° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 5° Les activités de soins dispensées par l'établissement public de santé de Mayotte ;

« 6° Les activités de soins dispensées par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné ;

« 7° Les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

« Le montant de l'objectif mentionné au premier alinéa du présent I est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans cet objectif peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales est fixé par l'État en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations du projet régional ou Interrégional de santé et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

« II. – Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'État. » ;

13° L'article L. 174-1-1 est abrogé ;

14° À la première phrase et à la fin de la deuxième phrase du premier alinéa ainsi qu'au second alinéa de l'article L. 174-1-2, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

15° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-2, après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-22-19 » ;

16° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-2 est ainsi modifié :

a) La référence : « 7° de l'article L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « 6° du I de l'article L. 174-1 » ;

b) À la fin, les mots : « à ce même 7° » sont remplacés par les mots : « au même 6° » ;

17° À la fin de la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 174-5, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

18° L'article L. 174-12 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-18 » ;

b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « au dernier alinéa de l'article L. 174-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 162-22-19 » ;

19° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

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

« Sont applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19. Pour ces activités, le montant des dotations est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. » ;

b) Au troisième alinéa, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « , 2° » ;

c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

20° L'article L. 174-15-1 est abrogé.

21° À l'article L. 174-15-2, la référence : « L. 174-15-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-20-1 » ;

22° À l'article L. 175-2, les références : « , L. 174-12 et L. 174-15-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 174-12 ».

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

1° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-9, L. 162-22-18, L. 162-23 et L. 174-1 » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5, la référence : « à l'article L. 174-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-19 ou L. 174-1 » ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1, après la référence : « L. 162-22-16, », est insérée la référence : « L. 162-22-19 » ;

4° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :

a) Au 4°, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

b) Il est ajouté un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une modification des dotations mentionnées à l'article L. 162-22-19 du même code. »

V. – Au 3° de l'article L. 622-4 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les mots : « définie par l'article L. 174-15-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnée au II de l'article L. 174-1 ».

VI. – Le 5° du I ainsi que les III, IV et V du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 35

I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux bases de calcul mentionnées à l'article L. 162-20-1. » ;

2° Après l'article L. 162-20, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-20-1.* – I. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, une tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés, établie par voie réglementaire en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement où ces soins sont donnés, sert de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22.

« Dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent de base au calcul de la participation de l'assuré mentionnée à l'article L. 160-13 pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 et la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés sert de base au calcul de la participation de l'assuré pour les activités mentionnées aux 2° et 4° du même article L. 162-22.

« II. – La tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés et les tarifs nationaux des prestations mentionnés au I du présent article servent également, en fonction de la catégorie de l'établissement où les soins sont donnés et de l'activité à laquelle ils se rapportent :

« 1° À l'exercice des recours contre tiers ;

« 2° À la facturation des soins des patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;

« 3° À la facturation des soins et de l'hébergement des patients qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20.

« III. – Par exception aux 2° et 3° du II du présent article, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 servent à la tarification des soins qui se rapportent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 donnés dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 lorsque le patient :

« 1° Est affilié au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ;

« 2° Relève de l'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ;

« 3° Bénéficie de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 4° Bénéficie de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;

3° Au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et à la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-23-4, les mots : « servant de base au calcul de la participation de l'assuré » sont supprimés ;

4° Les articles L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 sont abrogés ;

5° Après le mot : « tarifs », la fin du 2° de l'article L. 162-22-11-1 est ainsi rédigée : « issus de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-20-1 ; »

6° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-11, » est supprimée ;

b) Après le quatrième alinéa, dans sa rédaction résultant de l'article 34 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 162-20-1 applicables aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 sont applicables aux activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées. » ;

7° À la fin de l'article L. 175-1, les références : « des articles L. 174-1 et L. 174-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 174-1 ».

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

1° Au 5° l'article L. 6143-7, les mots : « les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux » sont remplacés par les mots : « , le cas échéant, les propositions de tarifs » ;

2° Après la référence : « L. 6145-1 », la fin du 3° de l'article L. 6162-9 est ainsi rédigée : « et le plan global de financement pluriannuel ; ».

III. – L'article 20-5-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « Pour l'application du présent chapitre, au premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : "par les caisses... (*le reste sans changement*). »

IV. – À la première phrase du premier alinéa du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2019 » est remplacée par l'année : « 2020 ».

V. – Pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi.

Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les I et du II du présent article entrent en vigueur à la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code.

VI. – À compter du 1^{er} janvier 2021 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023, le montant annuel de la dotation mentionné à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

À compter de la date prévue au B du III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à compter de laquelle les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au II de l'article L. 162-23-8 dudit code est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale

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

À compter de la date prévue au VI de l'article 34 de la présente loi et pendant au maximum trois années, le montant annuel de la dotation mentionné au 1° du II de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale est modulé, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour limiter l'effet de la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations d'hospitalisation sur les recettes des établissements de santé.

Article 36

I. – L'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-22-8-2.* – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, l'activité de soins de médecine d'urgence autorisée au sens de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à l'exception de l'activité du service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 du même code, exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code est financée par :

« 1° Une dotation populationnelle, dont le montant par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région. Cet arrêté est pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé.

« L'État fixe annuellement le montant alloué à chaque établissement, issu de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;

« 2° Des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 ;

« 3° Une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité sans préjudice de l'article L. 162-23-15.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire.

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

II. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, les mots : « , ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, » sont supprimés.

III. – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-2, » ;

2° Après le cinquième alinéa, dans sa rédaction résultant des articles 34 et 35 de la présente loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-22-8-2 est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en prenant en compte le ressort territorial national du service de santé des armées. »

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

Article 37

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé.

Article 38

I. – Au premier alinéa de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, les références : « des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 162-1-7 ».

II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la troisième phrase du 1° de l'article L. 161-37, les mots : « aux articles L. 162-1-7-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

2° L'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) À la deuxième phrase du même premier alinéa, les mots : « elle-même » sont remplacés par les mots : « être provisoire pour les actes innovants dans des conditions fixées par décret et faire l'objet d'une révision en respectant une durée de trois ans renouvelable une fois. Elle peut » ;

c) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par des II à IX ainsi rédigés :

« II. – La demande d'inscription de l'acte ou de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la Haute Autorité de santé. Cet avis porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. Il mentionne également si nécessaire les conditions tenant à des indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient et des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. À la demande du collège, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1. Cet avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes.

« Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ainsi que les associations d'utilisateurs agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.

« III. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit le Haut Conseil des nomenclatures chargé de procéder à la description ainsi qu'à la hiérarchisation des actes et des prestations institué au IV et lui transmet l'avis de la Haute Autorité de santé.

« Le Haut Conseil des nomenclatures établit un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est

remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis simple de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin.

« IV. – Le Haut Conseil des nomenclatures est chargé :

« 1° De proposer à la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecin une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations ;

« 2° D'étudier les actes et les prestations qui lui sont soumis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vue de les décrire et de les hiérarchiser conformément à la méthodologie mentionnée au 1°.

« Le Haut Conseil des nomenclatures est composé d'un nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret. Un représentant de la Haute Autorité de santé, un représentant des patients ainsi que le président de la commission mentionnée au V compétente pour la profession de médecins assistent à ses travaux.

« Le Haut Conseil des nomenclatures remet chaque année un rapport d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. Ce rapport est rendu public.

« Le secrétariat est assuré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« V. – Des commissions compétentes pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 sont chargées du suivi de l'activité de hiérarchisation.

« Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées paritairement de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.

« La commission compétente pour la profession des médecins est tenue informée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, qui lui adresse ses rapports. Elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut Conseil

des nomenclatures. Elle émet également un avis sur les rapports du Haut Conseil des nomenclatures relatifs à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans un délai défini par décret.

« Pour les autres professions, les commissions déterminent les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions.

« VI. – Par dérogation au III, les actes cliniques et les actes effectués par les biologistes-responsables et biologistes coresponsables mentionnés aux articles L. 6213-7 et L. 6213-9 du code de la santé publique sont inscrits par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission compétente pour leur profession.

« VII. – Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation. Les décisions d'inscription de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« VIII. – Tout acte ou prestation inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« IX. – Les conditions d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-1-7-1 est abrogé ;

4° L'article L. 162-1-8 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « par les commissions prévues au deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « par la commission prévue au V » ;

b) À la fin du même premier alinéa, les mots : « à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « aux catégories suivantes : » ;

c) Après le même premier alinéa, sont insérés des 1° à 4° ainsi rédigés :

« 1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;

« 2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

« 3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

« 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant fait l'objet d'une proposition par le comité national des coopérations interprofessionnelles telle que mentionnée au deuxième alinéa du I de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique. » ;

d) Au deuxième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du présent » ;

e) Au quatrième alinéa, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « septième » ;

f) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la référence : « de l'article L. 162-1-7-1 » est remplacée par la référence : « du présent article » ;

g) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « du même article L. 162-1-7-1 » est supprimée ;

h) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. » ;

5° Après la première phrase du 1° du I de l'article L. 162-14-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. » ;

6° Le 2° de l'article L. 182-2 est complété par les mots : « et d'assurer le secrétariat du Haut Conseil des nomenclatures prévu à l'article L. 162-1-7 ».

III. – L'ensemble des actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale à la date de publication de la présente loi fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans un délai de cinq ans à compter de cette date. Un décret en Conseil d'État précise les adaptations de la procédure de hiérarchisation applicables à ce travail de révision. Ce décret prévoit notamment l'organisation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures institué au IV du même article L. 162-1-7 chargé de cette révision.

IV. – Les I et II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2020.

Article 39

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 162-17-9 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

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 » ;

b) À la fin, les mots : « mentionnés à l'article L. 165-1 » sont supprimés ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « au même article » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

b) Après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) À la fin, les mots : « mentionnés audit article L. 165-1 » sont supprimés ;

B. – L'article L. 165-1 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « fabricants, leurs mandataires ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa peut également être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits et, le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

« La mise en œuvre de la procédure de référencement prévue au cinquième alinéa peut déroger aux articles L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-3 et L. 165-4 dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. Les produits et prestations ainsi sélectionnés sont référencés pour une période maximale de deux ans, le cas échéant prorogeable un 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. » ;

3° À l'avant-dernier alinéa, après les mots : « la liste », sont insérés les mots : « , les conditions de mise en œuvre, le cas échéant, de la procédure de référencement » ;

4° Après le mot : « finalité », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , leur mode d'utilisation et, le cas échéant, selon le recours à la procédure de référencement. » ;

C. – L'article L. 165-1-2 est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du I, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants au sens de l'article L. 165-1-1-1 » ;

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

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

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa du même II, les mots : « le fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant » ;

5° À la première phrase du III, les mots : « du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

D. – L'article L. 165-1-4 est ainsi modifié :

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

2° Le II est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « La », sont insérés les mots : « prescription ou la » ;

b) Le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » ;

c) Après le mot : « pour », sont insérés les mots : « le prescripteur ou » ;

d) Après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Le IV est ainsi modifié :

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

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

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

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

d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. 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. » ;

E. – Après l'article L. 165-1-5, sont insérés des articles L. 165-1-7 et L. 165-1-8 ainsi rédigés :

« *Art. L. 165-1-7.* – 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.

« Le non-respect des engagements mentionnés au premier alinéa du présent article peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à déroger à la procédure de référencement mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 165-1 ou à relancer une nouvelle procédure de référencement pour pallier la défaillance des exploitants ou distributeurs au détail concernés.

« Il peut également les conduire, après que l'exploitant ou le distributeur au détail a été mis en mesure de présenter ses observations, à :

« 1° Supprimer le référencement des produits ou prestations concernés ;

« 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 ;

« 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.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment les règles relatives au respect par les exploitants ou les distributeurs au détail de leurs engagements en ce qui concerne l'approvisionnement du marché français.

« *Art. L. 165-1-8. – I. –* Les règles de distribution mentionnées au premier alinéa de l'article L. 165-1 peuvent comporter l'obligation, pour le distributeur au détail de dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée au même premier alinéa et pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage conformément à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, d'informer le patient de l'existence de la possibilité d'acquisition d'un dispositif conforme à sa prescription et remis en bon état d'usage ainsi que des modalités d'acquisition et de prise en charge associées.

« En cas de méconnaissance de ces obligations, le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre du distributeur au détail, après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours formé contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« II. – Lorsque la liste mentionnée à l'article L. 165-1 prévoit la prise en charge d'un dispositif médical remis en bon état d'usage ou pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et la sécurité sociale peuvent, dans l'arrêté pris pour l'élaboration de ladite liste, subordonner la prise en charge de l'assuré à son engagement de restituer le dispositif médical concerné à un centre homologué pouvant réaliser une remise en bon état d'usage, lorsque l'assuré n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif médical ne correspond plus à son besoin médical.

« 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.

« 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.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

F. – L'article L. 165-2 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

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

b) Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Après le 8° du II, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. » ;

G. – L'article L. 165-2-1 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les deux occurrences des mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) À la fin, les mots : « ce fabricant ou de ce distributeur » sont remplacés par les mots : « cet exploitant ou de ce distributeur au détail » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

H. – Après le même article L. 165-2-1, il est inséré un article L. 165-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-2-2.* – Tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est tenu de déclarer au Comité économique des produits de santé, par année civile et par produit ou prestation, le prix auquel il a vendu, le cas échéant au distributeur au détail, chaque produit ou prestation, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.

« Lorsque cette déclaration n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par décret en Conseil d'État ou lorsqu'elle s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'exploitant ou le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par l'exploitant ou le fournisseur au titre du dernier exercice clos.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné.

« 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.

« 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.

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

I. – L'article L. 165-3 est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

J. – L'article L. 165-3-3 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, deux fois, au 1° et à la première phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

b) Au 2° et à la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « fabricant » est remplacé par le mot : « exploitant » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la première occurrence du mot : « fabricant » est remplacée par le mot : « exploitant » et les mots : « du fabricant » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

b) Au 1° et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

c) Au 2° et à la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

d) Au quatrième alinéa, après les deux occurrences du mot : « distributeur », sont insérés les mots : « au détail » ;

3° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « fabricants » est remplacé par le mot : « exploitants » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « distributeurs », sont insérés les mots : « au détail » ;

4° Le V est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « fabricant, un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant, un distributeur au détail » ;

– les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

– les mots : « le fabricant, le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant, le distributeur au détail » ;

– les mots : « du fabricant, du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l'exploitant, du distributeur au détail » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail, ou les exploitants ou distributeurs au détail » ;

K. – L'article L. 165-4 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du I, les mots : « fabricants ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou les distributeurs au détail » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– à la fin de la première phrase, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

– à la fin de la deuxième phrase, les mots : « fabricants ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

c) Au dernier alinéa, les deux occurrences des mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacées par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

L. – L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa et au 2° du I, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « fabricant ou un distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou un distributeur au détail » ;

– les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

M. – L'article L. 165-5 est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– aux première et seconde phrases, les mots : « le fabricant ou le distributeur » sont remplacées par les mots : « l'exploitant ou le distributeur au détail » ;

– à la fin de la première phrase, les mots : « du fabricant ou du distributeur » sont remplacés par les mots : « de l’exploitant ou du distributeur au détail » ;

2° À la deuxième phrase du II, les mots : « au fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « à l’exploitant ou au distributeur au détail » ;

N. – L’article L. 165-5-1 est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « fabricant ou distributeur » sont remplacés par les mots : « exploitant ou distributeur au détail » ;

2° À la première phrase du second alinéa, les mots : « fabricants ou distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

O. – L’article L. 165-8-1 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou le distributeur » sont remplacés par les mots : « l’exploitant ou le distributeur au détail » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l’exploitant ou par le distributeur au détail » ;

P. – L’article L. 165-11 est ainsi modifié :

1° Au III, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou distributeurs au détail » ;

2° À la seconde phrase du IV, les mots : « fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs » sont remplacés par les mots : « exploitants ou par les distributeurs au détail » ;

Q. – Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième aliéna de l’article L. 165-13, les mots : « le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur » sont remplacés par les mots : « l’exploitant ou par le distributeur au détail ».

II. – Après l’article L. 5212-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5212-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5212-1-1.* – Certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l’objet d’une remise en bon état d’usage en vue d’une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés.

« La réalisation de cette remise en bon état d’usage est subordonnée :

« 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 ;

« 2° À une procédure d’homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en bon état d’usage.

« 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°. »

Article 40

La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L’article L. 165-1-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– les deux premières phrases du premier alinéa sont remplacées par cinq phrases ainsi rédigées : « Un exploitant peut, pour certains de ses produits et prestations, en vue d’une inscription sur la liste mentionnée à l’article L. 165-1 et pour une indication particulière, faire une demande de prise en charge transitoire par l’assurance maladie. Dans le cas d’un dispositif médical, le produit doit disposer d’un marquage “CE” dans l’indication considérée. Cette prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et dans des conditions définies par décret en Conseil d’État. Lorsqu’aucune demande d’inscription n’a été déposée, pour l’indication considérée, sur la liste mentionnée audit article L. 165-1 dans un délai de douze mois à compter de la demande de prise en charge transitoire prévue au présent I, cette prise en charge est suspendue. Le décret précité fixe également les situations et les conditions

dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre la prise en charge transitoire ou y mettre fin. » ;

– le second alinéa est supprimé ;

b) Les II à IV sont remplacés par des II à V ainsi rédigés :

« II. – Lorsque les ministres compétents envisagent la prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation pour une indication particulière, l'exploitant leur propose le montant de la compensation maximale qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé pour le produit ou la prestation dès lors que ce produit ou cette prestation ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour au moins l'une de ses indications. Les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale peuvent s'y opposer par une décision motivée et, dans ce cas, adressent une proposition de fixation du montant de la compensation susceptible d'être accordée. En cas de refus de cette proposition par l'exploitant, la demande de prise en charge transitoire est réputée abandonnée.

« III. – Un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article et dont la prise en charge est suspendue peut être éligible à un renouvellement de cette prise en charge si l'exploitant dépose, dans les douze mois suivant cette suspension, une demande d'inscription, pour l'indication considérée, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Au delà de la période de douze mois précitée, l'exploitant de ce produit ou prestation n'est plus éligible à déposer une nouvelle demande de prise en charge transitoire pour l'indication considérée.

« IV. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au sens du I du présent article est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un tarif de responsabilité et, le cas échéant, d'un prix fixés par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4. Si ce prix net de référence est inférieur au montant de la compensation définie au II du présent article, l'exploitant reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la totalité

de la période de prise en charge transitoire, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« V. – Pour l'application du IV du présent article, pour une indication particulière, lorsque le produit ou la prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1 pour l'indication considérée et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par décision du Comité économique des produits de santé, ou lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale refusent l'inscription sur ladite liste d'un produit ou d'une prestation ayant fait l'objet d'une prise en charge transitoire au titre du I et, le cas échéant, du III pour l'indication considérée, ou lorsqu'aucune inscription sur ladite liste pour l'indication considérée n'est intervenue dans les trente mois suivant la demande de prise en charge transitoire prévue au I, le Comité économique des produits de santé peut établir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des tarifs de responsabilité et des prix prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3. » ;

2° Après le même article L. 165-1-5, il est inséré un article L. 165-1-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-6. – I. –* La prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation, pour une indication particulière, au titre de l'article L. 165-1-5, implique l'engagement de l'exploitant du produit ou de la prestation de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :

« 1° Pendant la durée de la prise en charge transitoire, et du renouvellement éventuel de celle-ci, au titre des I et III du même article L. 165-1-5 ;

« 2° Le cas échéant, pendant la durée de la période de suspension de la prise en charge transitoire prévue au I dudit article L. 165-1-5 ;

« 3° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge transitoire au titre du même article L. 165-1-5.

« Ces dispositions ne s'appliquent pas si le produit ou la prestation, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an mentionné au 3° du présent I est ramené à quarante-cinq jours lorsque

l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1.

« Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge transitoire au titre de l'article L. 165-1-5, les conditions de prise en charge, le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé, s'appliquent.

« II. – En cas de manquement aux obligations de continuité des traitements définies au I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à l'encontre de l'entreprise concernée, après que cette dernière a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à laquelle s'appliquent les dispositions du troisième alinéa du V de l'article L. 165-3-3. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du produit ou de la prestation mentionné au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 41

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement.

Article 42

I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 5121-10-2 est supprimé ;

2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5123-2, après la référence : « L. 5124-13 », sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 » ;

3° Après l'article L. 5124-13-1, il est inséré un article L. 5124-13-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5124-13-2. – Une spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une distribution parallèle est une spécialité :

« 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 ;

« 2° Et importée d'un autre État membre ou partie à l'Espace économique européen par un établissement pharmaceutique autre que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou autre que l'entreprise qui en assure l'exploitation en vue de sa commercialisation sur le territoire français. » ;

4° L'article L. 5124-18 est complété par un 15° ainsi rédigé :

« 15° Les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments au sens de l'article L. 5124-13-2 ainsi que les conditions dans lesquelles les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle sont commercialisés en France. » ;

5° Le deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

a) Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Parmi ces situations médicales, certaines peuvent en outre faire l'objet d'une exclusion de substitution par le pharmacien, même lorsque le prescripteur n'a pas exclu cette possibilité sur l'ordonnance. » ;

b) Avant la dernière phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'arrêté mentionné au présent alinéa peut également préciser les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée par le pharmacien, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le pharmacien et d'information du prescripteur. » ;

6° Les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 sont abrogés.

II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 138-1 est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « pharmaceutiques », sont insérés les mots : « , par les entreprises bénéficiant d'une autorisation

d'importation parallèle pour une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique, par les entreprises assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

b) Les mots : « du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « dudit code » ;

2° À l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

3° Le I de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , l'importation parallèle ou la distribution parallèle » ;

b) La référence : « et L. 5124-2 » est remplacée par les références : « L. 5124-2, L. 5124-13 et L. 5124-13-2 » ;

4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 138-13, les mots : « exploitant les » sont remplacés par les mots : « assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des » ;

5° Après le 2° du III 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, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les groupes génériques, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent III s'applique à compter de deux ans suivant la publication au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé du prix de la première spécialité générique du groupe. » ;

6° Le V du même article L. 162-16, dans sa rédaction résultant de l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, est abrogé ;

7° L'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, après le mot : « médicament », sont insérés les mots : « , l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

b) Le II est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 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. » ;

8° Après l'article L. 162-16-4-1, sont insérés des articles L. 162-16-4-2 et L. 162-16-4-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-16-4-2.* – Le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières, définies aux 1° et 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour la nutrition parentérale à domicile, prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code, est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le prix peut notamment être différent selon des catégories de préparations définies après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Les préparations magistrales et les préparations hospitalières relevant du premier alinéa du présent article sont définies respectivement comme des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article, notamment les catégories de préparations, les procédures et délais de fixation des prix, les critères de fixation des prix, les règles selon lesquelles certaines préparations pour nutrition parentérale à domicile peuvent être prises en charge par l'assurance maladie ou exclues de celle-ci ainsi que les modalités de sélection des établissements concernés.

« *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 :

« 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 ;

« 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.

« II. – Le prix maximal prévu au I est fixé, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations :

« 1° Pour les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés à la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau Inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des critères prévus au II du même article L. 162-16-4 ;

« 2° Pour les produits de santé autres que les médicaments, au regard d'au moins l'un des critères mentionnés au dernier alinéa du I de l'article L. 165-2. Il peut être fixé à un niveau Inférieur ou baissé au regard d'au moins l'un des critères prévus au II du même article L. 165-2.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

9° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5, la première occurrence du mot : « ou » est remplacé par les mots : « , faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code ou disposant » ;

10° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, après la première occurrence du mot : « entreprise », sont insérés les mots : « titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle » ;

11° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17, la référence : « L. 601 » est remplacée par la référence : « L. 5121-8 » et, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code » ;

12° À la fin du troisième alinéa du I de l'article L. 162-17-3, les mots : « *Journal officiel* de la République française » sont remplacés par les mots : « *Bulletin officiel des produits de santé* » ;

13° L'article L. 162-17-3-1 est complété par un III ainsi rédigé :

« 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. » ;

14° Le 1° de l'article L. 162-17-4 est abrogé ;

15° Après l'article L. 162-17-4-2, il est inséré un article L. 162-17-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-4-3.* – Les entreprises mettent à la disposition du Comité économique des produits de santé, pour chacun des médicaments inscrits ou ayant vocation à être inscrits sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement desdits médicaments. Ce montant est rendu public. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

16° 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 » ;

17° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, après la deuxième occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « , qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle » ;

18° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « exploitent », sont insérés les mots : « , qui assurent l'importation parallèle ou qui assurent la distribution parallèle d' » ;

b) Le II est ainsi modifié :

– le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« II. – Pour :

« 1° Les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments ;

« 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,

« le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités, qui assurent leur importation parallèle ou qui assurent leur distribution parallèle. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article. » ;

– au second alinéa, après le mot : « spécialité », sont insérés les mots : « , assurant son importation parallèle ou assurant sa distribution parallèle » ;

19° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, après la première occurrence du mot : « marché », sont insérés les mots : « , de l'entreprise assurant l'exploitation, de l'entreprise assurant l'importation parallèle, de l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament » ;

20° À l'article L. 245-1, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

21° À la seconde phrase du 1° du I de l'article L. 245-2, après le mot : « exploitation », sont insérés les mots : « , à l'importation parallèle ou à la distribution parallèle » ;

22° L'article L. 245-6 est ainsi modifié :

a) Au I, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, » ;

b) Le 4° du II est abrogé ;

c) Au VI, après le mot : « publique, », sont insérés les mots : « bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de

l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, ».

III. – A. – L'article L. 162-16-4-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

B. – Le 5^o du II entre en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022. Les dispositions du même 5^o ne s'appliquent pas aux groupes génériques pour lesquels le prix d'une spécialité générique a été publié au *Journal officiel* ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé antérieurement à cette date d'entrée en vigueur.

C. – Les 12^o et 13^o du II entrent en vigueur à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} mars 2022.

D. – Le 15^o du II entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

Article 43

I. – À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles.

II. – Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation ainsi que sur les dépenses engagées. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.

Article 44

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 :

A. – L'article L. 5121-12 est ainsi modifié :

1° La première phrase du 2° du I est ainsi modifiée :

a) Les mots : « un bénéfice » sont remplacés par les mots : « une efficacité cliniquement pertinente et un effet important » ;

b) Après le mot : « lui », sont insérés les mots : « , que des conséquences graves pour ce patient sont fortement probables en l'état des thérapeutiques disponibles » ;

c) Après les mots : « sécurité sont », il est inséré le mot : « fortement » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;

b) Les 1° et 2° sont complétés par les mots : « , sans qu'une décision relative à cette demande n'ait été prise » ;

c) À la fin du 3°, les mots : « ou une demande d'essai clinique a été déposée » sont supprimés ;

d) Après le mot : « présent », la fin du 4° est ainsi rédigée : « A. La valeur maximale de ce délai est fixée par décret ; »

e) Après le même 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 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. » ;

f) Il est ajouté un B ainsi rédigé :

« B. – Une demande d'autorisation au titre du 2° du I n'est en outre recevable que si les conditions suivantes sont remplies :

« 1° Le nombre total d'autorisations délivrées au titre du même 2° pour le médicament ne dépasse pas, le cas échéant, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 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 ;

« 3° Le médicament faisant l'objet de ces autorisations ne dispose pas d'une autorisation au titre du 1° du I.

« 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. » ;

3° Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – Par dérogation aux dispositions du A du III et sans préjudice du B du même III, une autorisation demandée au titre du 2° du I peut être accordée lorsque le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt et qu'il existe de fortes présomptions d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication thérapeutique sollicitée. » ;

B. – Au 8° de l'article L. 5121-20, les mots : « dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant ces autorisations » sont remplacés par les mots : « et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de cette autorisation ».

II. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

A. – L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « A. – » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « A » ;

c) Sont ajoutés des B et C ainsi rédigés :

« 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.

« 2. Tout laboratoire redevable de remises mentionnées au 1 du présent B peut en être exonéré s'il signe avec le comité une convention prévoyant le versement de remises. Cette convention est signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée donnant lieu au versement desdites remises a eu lieu. Elle peut prévoir :

« 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 ;

« 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.

« 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. » ;

2° Le V est ainsi modifié :

a) Après le mot : « fait », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « l'objet : » ;

b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :

« 1° Ou bien d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2 ;

« 2° Ou bien d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 ou du I de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

B. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, après le mot : « considéré », sont insérés les mots : « , dans la limite du seuil mentionné au 1° du B du III du même article L. 5121-12, ».

III. – A. – Le I ainsi que le 2° du A et le B du II entrent en vigueur le 1^{er} mars 2020. Le A du I, le 2° du A du II et le B du même II sont applicables aux demandes d'autorisations mentionnées au 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déposées à compter de cette date ainsi qu'à leur prise en charge, indépendamment de celles déposées avant le 1^{er} mars 2020 pour les spécialités pharmaceutiques concernées et de leur prise en charge.

B. – Le 2 du B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable :

1° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, dans une indication considérée, à compter d'une date postérieure à la date de publication de la présente loi ;

2° Aux spécialités pharmaceutiques prises en charge au titre des mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, dans une indication considérée, à la date de publication de la présente loi ou pour lesquelles la prise en charge au titre desdits articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 a pris fin au cours de l'année 2019.

C. – Le C du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 du même code, et pour lesquelles l'indication ne relève pas du V de l'article L. 162-16-5-1 dudit code, dans sa rédaction résultant du présent article, à l'exclusion des indications dont la prise en charge est octroyée suite à une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, que cette prise en charge soit effective à la date de publication de la présente loi ou à une date postérieure.

D. – L'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale est rendu applicable aux spécialités pharmaceutiques prises en charge, dans une indication considérée, au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, ou de l'article L. 162-16-5-2 dudit code à la date de publication de la présente loi.

Article 45

I. – Le 2° de l'article L. 1413-12 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« 2° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret ; ».

II. – Après le 4° de l'article L. 5321-2 du code de la santé publique, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie versée et répartie dans des conditions fixées par décret. »

CHAPITRE II

Améliorer l'accès aux soins

Article 46

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

1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;

2° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

a) Au septième alinéa, les mots : « sont dispensées de l'avance de frais » sont remplacés par les mots : « bénéficient du tiers payant » ;

b) Au huitième alinéa, les mots : « de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « du tiers payant » ;

c) Le même huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces personnes souscrivent une assurance individuelle de frais de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. » ;

3° Après l'article L. 861-4, il est inséré un article L. 861-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-4-1.* – Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé alors qu'elle bénéficie auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les

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

« 1° Soit la résiliation totale des garanties initialement souscrites si l'organisme n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du présent code ;

« 2° Soit la modification des garanties initialement souscrites et la prise en charge des prestations prévues à l'article L. 861-3 si l'organisme est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7. Lorsque les garanties initialement souscrites couvraient des risques différents de la prise en charge prévue à l'article L. 861-3, l'organisme peut proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

« Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou parties de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise. » ;

4° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :

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

« Les organismes chargés de la prise en charge des frais de santé informent les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et les bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 de leur éligibilité potentielle au bénéfice de la protection complémentaire et leur proposent un accompagnement dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à cette protection. » ;

b) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

– à la troisième phrase, après le mot : « demande, », sont insérés les mots : « ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure, » ;

– à la dernière phrase, les mots : « cette protection » sont remplacés par les mots : « la prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 » ;

5° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les deux occurrences du mot : « quatrième » sont remplacées par le mot : « cinquième » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 861-7 sont tenus de proposer les contrats mentionnés à l'article L. 861-12. » ;

6° À la fin du 2° de l'article L. 861-11, les mots : « et au montant de la participation non acquittée » sont supprimés ;

7° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-12.* – À l'expiration de son droit à la protection complémentaire en matière de santé, toute personne en ayant bénéficié auprès d'un organisme mentionné au *b* de l'article L. 861-4 peut bénéficier auprès de cet organisme, pour une période d'un an, d'un contrat conforme aux règles définies à l'article L. 871-1, pour un tarif dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de l'âge du bénéficiaire.

« Ce tarif peut être adapté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. » ;

8° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « financement de la couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « la Complémentaire santé solidaire » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « de financement de la protection complémentaire » sont remplacés par les mots : « mentionné au premier alinéa du présent article » ;

9° La seconde phrase du premier alinéa du *a* de l'article L. 862-2 est remplacée par trois phrases ainsi rédigées : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont minorées du montant des participations dues à l'organisme

assurant la protection complémentaire. Pour les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4, ces mêmes dépenses sont majorées, au titre des frais de gestion, d'un montant forfaitaire pour chaque bénéficiaire mentionné au 2° de l'article L. 861-1 dont l'organisme gère la protection complémentaire. Ce montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;

10° À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 863-3, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

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.

III. – A. – Le 7° du I du présent article s'applique aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020.

B. – Les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé ou au crédit d'impôt mentionnée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019, arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, ont le droit de se voir proposer les contrats respectivement prévus à :

1° L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;

2° L'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1^{er} novembre 2019.

Article 47

I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 21° de l'article L. 160-14, les mots : « d'au moins quinze ans » sont supprimés ;

2° À la première phrase des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1, les mots : « un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée

au 21° de l'article L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « à une assurée mineure un contraceptif mentionné au 21° de l'article L. 160-14 ».

II. – À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-4-1, », sont insérées les références : « L. 162-4-5, L. 162-8-1, ».

III. – Le cinquième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi rédigé :

« – L. 162-3, L. 162-4, L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ; ».

Article 48

I. – Le chapitre I^{er} *quater* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :

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

« À cette fin, tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament constitue un stock de sécurité destiné au marché national et situé sur le territoire français, sur celui d'un autre État membre de l'Union européenne ou sur celui d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans une limite fixée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État 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. » ;

b) Au début de la première phrase du second alinéa, les mots : « À cet effet, ils » sont remplacés par les mots : « En outre, les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 5121-31, les mots : « pour lesquels, du fait de leurs caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat » sont supprimés ;

3° L'article L. 5121-32 est ainsi rédigé :

« *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, dans des conditions définies par voie réglementaire.

« 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, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries mentionné à l'article L. 5121-31.

« 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. » ;

4° À l'article L. 5121-32-1, après la référence : « L. 5121-32 », sont insérés les mots : « et du I de l'article L. 5121-33 » ;

5° L'article L. 5121-33 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-33.* – I. – Hors les cas de force majeure, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur pour lequel une rupture ou un risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 5121-31, et lorsque ni les alternatives médicamenteuses éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise pharmaceutique exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, faire procéder par l'entreprise pharmaceutique défaillante à l'importation de toute alternative médicamenteuse à proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock, selon les modalités prévues à l'article L. 5124-13 et dans la limite de la durée de la rupture de stock.

« L'entreprise pharmaceutique défailante verse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés par l'assurance maladie au titre de la prise en charge de l'alternative importée et ceux qui auraient résulté de la prise en charge au titre du médicament initial pendant la période de rupture mentionnée au premier alinéa du présent I dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.

« 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. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5124-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « santé », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4. » ;

2° Le début de la troisième phrase est ainsi rédigé : « Si le médicament n'est pas un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné au même article L. 5111-4, l'information... (*le reste sans changement*). »

III. – Le chapitre III du titre II du livre IV de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les 1° et 2° de l'article L. 5423-8 sont abrogés ;

2° Il est ajouté un article L. 5423-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 5423-9. – Constitue un manquement soumis à sanction financière :

« 1° Le fait, pour un titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou une entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 ;

« 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 de la cessation, ou de ne pas indiquer la raison de cette action ;

« 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, 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 ;

« 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 ;

« 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, 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 :

« *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 prévu à l'article L. 5121-31 ;

« *b*) Ou de ne pas déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 5121-31, la liste des médicaments pour lesquels il élabore un plan de gestion des pénuries ;

« *c*) Ou de ne pas prévoir dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes permettant de faire face à une situation de rupture de stock ;

« 6° 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, de ne pas procéder à l'importation d'une alternative au médicament en rupture de stock exigée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application du I de l'article L. 5121-33 ;

« 7° 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 :

« *a*) De ne pas informer dès qu'il en a connaissance l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, en méconnaissance du premier alinéa de l'article L. 5121-32 ;

« *b*) Ou, s'il a procédé à cette information, de ne pas mettre en œuvre, le cas échéant, les mesures prévues dans le plan de gestion des pénuries exigé en application de l'article L. 5121-31 ;

« *c*) Ou de ne pas mettre en œuvre les mesures d'accompagnement et d'information des professionnels de santé et des patients prévues au dernier alinéa de l'article L. 5121-32. »

IV. – L'article L. 5471-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au I, après la référence : « L. 5423-8 », est insérée la référence : « , L. 5423-9 » ;

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

« Par dérogation au premier alinéa du présent II, pour les manquements mentionnés à l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. » ;

3° Au deuxième alinéa du III, les références : « aux 1° à 3° » sont remplacées par la référence : « au 3° » et, après la référence : « L. 5423-8, », est insérée la référence : « à l'article L. 5423-9, ».

V. – Le 1° du I et le troisième alinéa du 2° du III entrent en vigueur le 30 juin 2020.

Article 49

Le quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie. »

Article 50

Le II de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, la référence : « du code de la sécurité sociale » est supprimée ;

2° Au 1°, après la référence : « L. 162-32-1 », sont insérées les références : « du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 2112-7 du présent code » ;

3° Au 2°, après la référence : « L. 160-8 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

4° Au 3°, après la référence : « L. 160-2 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale » ;

5° Au 4°, après la référence : « L. 160-14 », est insérée la référence : « du code de la sécurité sociale ».

Article 51

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

1° L'article L. 162-5-14-1 est abrogé ;

2° La sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-5-19 ainsi rédigé :

« *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 zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du même code. Cette aide est calculée sur la base du montant des cotisations aux régimes de base d'assurance maladie, maternité, vieillesse ainsi qu'aux régimes de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont ils sont redevables au titre des revenus retirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

« II. – Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 du présent code, de pratiquer des honoraires conventionnels, le montant de l'aide prévue au I du présent article est égal au montant des cotisations sociales mentionnées au même I restant dues, après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie prévue au 5° de l'article L. 162-14-1, dans la limite du montant des cotisations dues et des participations au financement des cotisations pour un revenu maximal tiré des honoraires conventionnels de 80 000 €.

« Pour les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels mais qui ont adhéré à un dispositif conventionnel de maîtrise des dépassements prévu par la même convention, le montant de l'aide est égal à celui accordé aux médecins mentionnés au premier alinéa du présent II ayant perçu un revenu issu des honoraires conventionnels équivalent.

« III. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi que les organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins informent, dans des conditions prévues

par décret, les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide calculée dans les conditions prévues au II du présent article. L'aide est versée, dans des conditions prévues par décret, par les caisses d'assurance maladie aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1 chargés des régimes d'assurance vieillesse des médecins. Le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminué du montant de l'aide ainsi versée.

« IV. – En cas de cessation d'exercice dans l'une des zones mentionnées au I du présent article au cours des deux années suivant l'installation, le bénéfice de l'aide est suspendu le premier jour du mois suivant cette cessation.

« Le premier alinéa du présent IV n'est pas applicable en cas de modification du périmètre des zones définies au I. » ;

3° Le I de l'article L. 642-4-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de dépassement du seuil, les personnes bénéficiant des dispositions du présent article acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret. Elles peuvent perdre le bénéfice des dispositions du présent article dans des conditions prévues par décret. » ;

4° Après l'article L. 645-2, il est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :

« *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.

« Les médecins mentionnés à l'article L. 646-1, autres que ceux mentionnés au premier alinéa du présent article, peuvent opter, dans des conditions fixées par décret, pour une cotisation proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité exercée dans les conditions prévues aux articles L. 162-14 et L. 646-1. »

II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-4, après le mot : « éducation », est insérée la référence : « , à l'article L. 162-5-19 du code

de la sécurité sociale » et, à la fin, les mots : « code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « même code » ;

2° L'article L. 1435-4-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1435-4-2.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure un contrat de début d'exercice avec un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 ou avec un médecin exerçant une activité libérale. La signature de ce contrat ouvre droit à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ainsi qu'à un accompagnement à l'installation, à la condition que l'installation sur les territoires mentionnés au deuxième alinéa du présent article ou dans une zone limitrophe de ceux-ci date de moins d'un an.

« Le signataire s'engage, pendant une durée fixée par le contrat, à exercer ou à assurer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. Une modification par l'agence régionale de santé de la définition des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée est sans incidence sur les contrats en cours. Le signataire respecte les tarifs opposables ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Il s'engage à participer à un exercice coordonné, au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code, dans un délai de deux ans à compter de la signature du contrat.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les durées minimales et maximales du contrat, les modalités de définition des zones limitrophes concernées et les dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer. Aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire sur le fondement du présent article pendant la durée du contrat. Ces contrats ne peuvent pas donner lieu à renouvellement. » ;

3° Les articles L. 1435-4-3, L. 1435-4-4 et L. 1435-4-5 sont abrogés.

III. – Les dispositions prévues au 2° du I sont applicables aux médecins s'installant jusqu'au 31 décembre 2022.

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard six mois avant l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent III, une évaluation portant sur l'efficacité du dispositif créé au 2° 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.

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

Article 52

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 :

« *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.

« Un décret en Conseil d'État précise :

« 1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;

« 2° Les modalités de son attribution ;

« 3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention. »

II. – Après le 2° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une

durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. »

III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 précitée est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° La couverture des frais de transport entre leur domicile et une unité adaptée de gynécologie obstétrique prescrits, pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, aux femmes enceintes dont la situation du domicile implique une durée d'accès à cette unité supérieure à un seuil, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. »

Article 53

L'article 75 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2020 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2020 » ;

2° Aux 1° et 2°, après le mot : « semaines », sont insérés les mots : « au maximum » ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° La reprise partielle d'activité peut débuter entre le jour suivant la fin de la période minimale d'interruption d'activité mentionnée au premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale et le terme du congé de maternité. » ;

4° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les indemnités journalières, dans la limite de dix jours au maximum, ne sont pas versées pour les jours travaillés mais leur versement peut être reporté dans un délai maximal de dix semaines à compter de la fin du congé de maternité telle qu'elle résulte des dispositions de l'article L. 623-1 du même code. »

Article 54

I. – Au 4° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et

troisième alinéas de l'article L. 242-4 » sont remplacés par les mots : « à des personnes adultes handicapées ».

II. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport portant sur l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français placés dans des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 55

La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'activité de l'établissement ne peut en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation lorsque la structure fonctionne en accueil temporaire. » ;

2° L'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complétée par les mots : « , l'activité de l'établissement ou du service ne pouvant en aucun cas être appréciée exclusivement au regard du taux d'occupation ».

Article 56

À compter du 1^{er} juillet 2020 et pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental, dans les régions déterminées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, la mise en place d'un forfait santé au sein de la dotation financée par l'assurance maladie pour des établissements mentionnés aux 2° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant de l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du même code.

Ce forfait santé couvre les dépenses afférentes :

- 1° À la coordination de la prévention et des soins ;
- 2° Aux soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;
- 3° Aux soins et actes de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie.

Les dépenses afférentes aux soins autres que ceux compris dans le forfait santé ainsi qu'aux actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L. 1411-7 du code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie mais ne sont pas comptabilisées dans l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionné à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées arrêtent la liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation après avis des agences régionales de santé concernées.

Un décret en Conseil d'État précise le périmètre du forfait santé, les modalités de financement et de mise en œuvre et les conditions d'accès à l'expérimentation ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d'information.

Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et remis au Parlement au terme de l'expérimentation.

Article 57

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

1° Au huitième alinéa de l'article L. 1432-2, les références : « , L. 3111-11 et L. 3112-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 3111-11 » et les références : « L. 3112-3 et L. 3121-1 » sont remplacées par les mots : « L. 3112-2 et L. 3121-2 » ;

2° L'article L. 3112-2 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« À cet effet le directeur général de l'agence régionale de santé habilite un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose et, si besoin, un centre de lutte contre la lèpre, en fonction des besoins identifiés. Les départements peuvent être habilités, au titre de leur activité de lutte contre la tuberculose ou de lutte contre la lèpre, comme centre de lutte contre la tuberculose et centre de lutte contre la lèpre. » ;

c) Sont ajoutés des II et III ainsi rédigés :

« 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.

« 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. » ;

3° L'article L. 3112-3 est abrogé ;

4° L'article L. 3811-1 est abrogé.

II. – À l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre gérés par les organismes et départements habilités sur le fondement de l'article L. 3112-2 du même code ».

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 :

« Art. 20-5-8. – L'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. Pour son application, la caisse compétente pour le versement de la dotation forfaitaire annuelle est la caisse de sécurité sociale de Mayotte. »

IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Toutefois, les conventions conclues par les départements avec l'État pour exercer des activités dans les domaines de la lutte contre la tuberculose et de la lutte contre la lèpre en application du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme lorsque celui-ci est antérieur au 1^{er} janvier 2021.

Lorsque le terme d'une telle convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département peut poursuivre ces activités dans le cadre de cette convention au delà de cette date, à la condition d'avoir demandé, en application du III de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi et avant le 30 juin 2020, à être habilité comme centre de lutte contre la tuberculose.

La convention continue alors de produire ses effets jusqu'à son terme ou, si elle est antérieure, jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation.

V. – Le second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi et l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales sont applicables aux conventions qui reçoivent exécution après le 1^{er} janvier 2020 dans les conditions prévues au IV du présent article.

Article 58

I. – Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 13 ainsi rédigée :

« Section 13

« Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination antiamarile

« Art. L. 174-21. – Les vaccins administrés par les centres de vaccination antiamarile mentionnés au c du 1^o de l'article L. 3115-11 du code de la santé publique, recommandés dans le calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 du même code pour les enfants âgés d'au moins six ans et les adultes et qui sont inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'État mentionnée aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'ils sont administrés à l'occasion d'une vaccination imposée ou conseillée pour certains voyages.

« Cette prise en charge est effectuée sur la base du prix d'achat constaté de ces vaccins par les centres de vaccination antiamarile et dans la limite de leur prix fabricant hors taxe mentionné à l'article L. 138-9 du présent code, fixé en application de l'article L. 162-16-4.

« Les conditions concernant l’inscription des vaccins sur la liste mentionnée au premier alinéa de l’article L. 162-17 ainsi que celles prévues aux I et III de l’article L. 160-13 et à l’article L. 162-1-21 s’appliquent à la prise en charge de ces vaccins. Le prix d’achat mentionné au deuxième alinéa du présent article constitue le tarif servant de base au calcul de la participation de l’assuré mentionnée à l’article L. 160-13.

« L’article L. 161-35 s’applique à la prise en charge de ces vaccins. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juin 2020, à l’exception du dernier alinéa de l’article L. 174-21 du code de la sécurité sociale, qui entre en vigueur à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

Jusqu’à cette dernière date, une convention conclue entre, d’une part, chaque centre de vaccination anti-amarile et, d’autre part, la caisse d’assurance maladie du département auquel il se rattache établit les modalités de facturation de ces vaccins. Le collège des directeurs de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie mentionné à l’article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale fixe le modèle type de la convention.

Pour les centres de vaccination anti-amarile relevant du service de santé des armées, la convention est conclue entre ce service et la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le modèle type de convention est adapté, en tant que de besoin, par arrêté du ministre de la défense.

CHAPITRE III

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

Article 59

I. – Le chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, est ajoutée une section 1 intitulée : « Institut national du cancer », qui comprend les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 ;

2° Est ajoutée une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

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

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

« 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.

« Un dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques, selon des modalités définies par décret.

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

II. – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la présente loi, un rapport dressant un bilan du forfait de prise en charge post-cancer prévu à l'article L. 1415-8 du code de la santé publique. Ce rapport évalue notamment, en concertation avec tous les acteurs impliqués, l'utilisation des ressources publiques, l'impact sur les patients et les pistes d'amélioration du dispositif.

Article 60

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement d'un accompagnement psychologique dédié à des patients atteints de sclérose en plaques.

Dans le cadre de cette expérimentation, les médecins peuvent, après évaluation des besoins et de la situation du patient, l'orienter vers des consultations de psychologues.

Ces consultations sont réalisées par les psychologues figurant sur la liste mentionnée au troisième alinéa du I de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et donnent lieu à un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment quant au suivi des patients et au financement des consultations.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

Article 61

I. – L'article L. 231-2 du code du sport est ainsi modifié :

1° Au début du I, sont ajoutés les mots : « Pour les personnes majeures » ;

2° Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III. – Pour les personnes mineures, et sans préjudice de l'article L. 231-2-3, l'obtention ou le renouvellement d'une licence, permettant ou non de participer aux compétitions organisées par une fédération sportive, est subordonné à l'attestation de la réalisation d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur. Ce questionnaire est renseigné conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l'autorité parentale.

« Cette obtention ou ce renouvellement d'une licence ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive, à l'exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »

II. – L'article L. 231-2-1 du code du sport est ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« III. – Pour les personnes mineures non licenciées, l’inscription est subordonnée à l’attestation de la réalisation d’un questionnaire relatif à l’état de santé du sportif mineur. Ce questionnaire est renseigné conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l’autorité parentale.

« Cette inscription à une compétition sportive ne nécessite pas la production d’un certificat médical attestant l’absence de contre-indication à la pratique sportive, à l’exception des cas dans lesquels une réponse au questionnaire de santé conduit à un nouvel examen médical.

« Un décret précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositions. »

Article 62

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

1° Au 4° de l’article L. 2112-2, les mots : « d’un entretien prénatal précoce proposé systématiquement et réalisé à partir du quatrième mois de grossesse, » sont remplacés par les mots : « de l’entretien prénatal précoce obligatoire » ;

2° L’article L. 2122-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « Lors de cet examen, le médecin ou la sage-femme informe la femme enceinte de l’existence de l’entretien prénatal précoce obligatoire mentionné au dernier alinéa. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L’entretien prénatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée. L’objet de cet entretien est de permettre au professionnel de santé d’évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d’accompagnement au cours de la grossesse. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2020.

Article 63

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3511-4.* – Par dérogation à l’article L. 4211-1, les professionnels de santé qui sont autorisés à prescrire les substituts nicotiniques conformément à l’article L. 3511-3, lorsqu’ils interviennent dans les centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l’article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ou dans les services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l’article L. 2112-1 du présent code, peuvent, dans le cadre de leur mission d’accompagnement à l’arrêt du tabac, à l’occasion de l’initiation d’un traitement, délivrer à titre gratuit au patient les substituts nicotiniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Un décret précise les modalités d’application du présent article. »

Article 64

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

1° Le II de l’article L. 162-23-15, dans sa rédaction résultant de l’article 37 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, est ainsi modifié :

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

« 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. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le produit des pénalités financières est affecté au financement des dotations mentionnées au I. » ;

2° L’article L. 162-30-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-30-2.* – Un contrat d’amélioration de la qualité et de l’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.

« 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 L. 162-30-3, prévus par un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

« Le contrat est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les volets du contrat mentionnés audit article L. 162-30-3, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.

« 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.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. » ;

3° L'article L. 162-30-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , de qualité, de sécurité des soins » sont supprimés et les mots : « sur certains actes » sont remplacés par les mots : « pour certains actes » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « conclure un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « inclure un volet consacré à ce plan dans le » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la conclusion d'un volet additionnel au » sont remplacés par les mots : « l'inclusion d'un volet consacré à ce plan dans le » ;

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

« Ce volet peut fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution par rapport aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel cible attendu pour l'établissement. Ce nombre ne peut être inférieur de plus de 30 % au nombre de l'année précédente. La liste des actes, prestations et prescriptions qui peuvent être concernés par ce dispositif est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les modalités d'élaboration du plan d'actions régional mentionné au deuxième alinéa du présent article, les catégories et le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions servant de base à la conclusion d'un volet consacré à ce plan dans les contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret. » ;

4° L'article L. 162-30-4 est ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'agence régionale de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 du présent code, si l'établissement présente toujours un nombre d'actes, prescriptions ou prestations largement supérieur au nombre attendu Inscrit au volet mentionné à l'avant-dernier alinéa du même article L. 162-30-3, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire prévu à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, fixer un abattement forfaitaire au tarif national, pour le nombre d'actes et prestations excédant le nombre cible fixé, ainsi qu'une minoration forfaitaire de la part des produits de santé mentionnés à l'article L. 162-22-7 du présent code prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« 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.

« À l'issue de la période notifiée, les sommes correspondant à l'abattement et à la minoration forfaitaires pendant la période concernée sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement et abondent le fonds d'intervention régional.

« 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. » ;

5° Après le même article L. 162-30-4, il est inséré un article L. 162-30-4-1 ainsi rédigé :

« *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 de plusieurs activités. »

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 1421-3, après la référence : « L. 5311-1 », sont insérés les mots : « ou de celles relatives au contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, » ;

2° L'article L. 1435-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou de pharmacien » ;

b) Au cinquième alinéa, les mots : « aux 1° et » sont remplacés par le mot : « au » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 6122-5, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « troisième ».

III. – Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1^{er} janvier 2021, ne sont pas soumis à l'obligation prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, cessent de produire leurs effets à cette date.

Article 65

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

a) Les mots : « et que le prescripteur juge indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient » sont supprimés ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'une telle recommandation temporaire d'utilisation a été établie, la spécialité peut faire l'objet d'une prescription dans l'indication ou les conditions d'utilisations correspondantes dès lors que le prescripteur juge qu'elle répond aux besoins du patient. La circonstance 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. » ;

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 » ;

3° Le dernier alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut être dérogé à l'obligation d'un protocole de suivi des patients prévue au présent alinéa lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication. » ;

4° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« 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. »

II. – Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :

« *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. »

III. – Le 15° de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« 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 ; ».

IV. – Le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « après », sont insérés les mots : « au moins » et le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire ; ».

V. – Le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Prestations effectuées par un pharmacien d'officine et définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

2° À la première phrase des cinquième et septième alinéas, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° » ;

3° La seconde phrase du sixième alinéa est complétée par les mots : « et pour les prestations mentionnées au 4° ».

VI. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « syndicales » est remplacé par le mot : « syndicale » ;

2° Après le 7°, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

« 7° *bis* La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique. Les critères d'éligibilité et conditions de réalisation sont prévus dans la convention et subordonnent leur rémunération. La liste des actions relevant du présent 7° *bis* est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; »

3° Après le 15°, il est inséré, un 16° ainsi rédigé :

« 16° La tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien réalise, en application de la mission 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. 162-16-4-4 du présent code. La liste des tests est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

4° Au vingt-deuxième et à l'avant-dernier alinéas, la référence : « à 15° » est remplacée par la référence : « à 16° ».

VII. – Après l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'article 42 de la présente loi, il est inséré un article L. 162-16-4-4 ainsi rédigé :

« *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. »

VIII. – La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale 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 ».

IX. – Après l'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-3.* – I. – Lorsqu'un laboratoire exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, au regard notamment d'un avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, et, de ce fait, induisent un surcoût de dépenses pour l'assurance maladie ou un risque pour la santé publique, le cas échéant pour au moins une de ses indications, le ministre chargé de la santé ou le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de celle-ci.

« 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.

« 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.

« 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.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

X. – L'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « financière de l'assurance maladie » et, après les mots : « produits de

santé », sont insérés, les mots : « ou relatifs à l'efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie » ;

2° Au second alinéa, les mots : « relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions » sont remplacés par les mots : « et, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires à leur calcul ».

XI. – Le II de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la mention : « I. – », est insérée la mention : « A. – » ;

2° Après la première occurrence du mot : « prise », la fin de la première phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée : « , à tout moment, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les produits pris en charge au titre des listes, ou de l'une des listes, prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, L. 162-22-7, L. 162-23-6, L. 165-1, L. 165-1-1, L. 165-1-5 ou L. 165-11 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

3° Il est ajouté un B ainsi rédigé :

« B. – Pour l'application du présent II :

« 1° Dans le cas d'une transmission électronique des éléments permettant de demander l'accord en vue de la prise en charge d'une prestation par les établissements de santé, ou par les professionnels exerçant en leur sein, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ;

« 2° Il peut être dérogé en tant que de besoin aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

Article 66

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

1° Le *d* du 1° du I de l'article L. 162-31-1 est complété par les mots : « ou aux médicaments » ;

2° Le II du même article L. 162-31-1 est ainsi modifié :

a) Au *a* du 1°, la référence : « L. 162-22-1, » est supprimée et, après la référence : « L. 162-22-15 », sont insérées les références : « , L. 162-22-18, L. 162-22-19 » ;

b) Le même 1° est complété par un *f* ainsi rédigé :

« *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 ; »

c) Le 2° est complété par des *k*, *l*, *m* et *n* ainsi rédigés :

« *k*) Le troisième alinéa de l'article L. 6311-2, afin de permettre le concours de chirurgiens-dentistes d'exercice libéral au fonctionnement d'unités participant au service d'aide médicale urgente ;

« *l*) Les articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18, afin de permettre l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale ;

« *m*) Le deuxième alinéa du I de l'article L. 6312-4, en tant qu'il concerne l'agrément, le nombre théorique de véhicules et les catégories de moyens de transport ;

« *n*) L'article L. 5125-4, afin de permettre au directeur général de l'agence régionale de santé de garantir l'approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques de la population d'une commune dont la dernière officine a cessé définitivement son activité, lorsque celui-ci est compromis au sens de l'article L. 5125-3, en autorisant l'organisation de la dispensation de médicaments et produits pharmaceutiques par un pharmacien, à partir d'une officine d'une commune limitrophe ou la plus proche. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 322-5 est ainsi rédigé :

« Les frais de transport sont pris en charge sur prescription médicale, établie conformément aux articles L. 162-4-1 et L. 162-5-15. La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme

véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés. »

II. – L'article L. 6312-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

2° Au même premier alinéa, après les mots : « terrestres », sont insérés les mots : « , hors véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, » ;

3° Le troisième alinéa est supprimé ;

4° Le quatrième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La mise en service par les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 de véhicules exclusivement affectés aux transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé visant à assurer le respect des caractéristiques exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

« III. – Le retrait d'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. »

III. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « neuf ».

IV. – Le 3° du I et le II sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

V. – Le a du 2° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 67

La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 6211-13, après la seconde occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient » ;

2° Au second alinéa du même article L. 6211-13, le mot : « et » est remplacé par les mots : « ainsi que » et, après le mot : « lieux », sont insérés les mots : « et les conditions » ;

3° L'article L. 6211-18 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– le premier alinéa est ainsi rédigé :

« I. – Lorsque la phase analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, elle peut être réalisée : » ;

– au 2°, les mots : « l'urgence » sont remplacés par les mots : « l'état de santé du patient » ;

– le début du dernier alinéa est ainsi rédigé : « La liste des examens et les catégories de professionnels de santé habilités à en réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie... *(le reste sans changement)*. » ;

b) Le II est ainsi rédigé :

« II. – Lorsque la phase analytique de l'examen n'est réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans l'établissement de santé dont relève ce laboratoire, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou, le cas échéant, entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce ce professionnel de santé fixe les procédures applicables.

« Lorsque la phase analytique de l'examen est réalisée en dehors du laboratoire et dans un établissement de santé dont relève ce laboratoire et que le professionnel de santé qui réalise cet examen n'appartient pas au laboratoire mais exerce au sein de l'établissement de santé, les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables sont déterminés par le biologiste-responsable du laboratoire de biologie médicale. Le directeur de l'établissement veille à leur application. »

TITRE II

PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 68

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

1° L'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II et l'avant-dernier alinéa du III sont supprimés ;

b) Au 2° du IV, après le mot : « aidants », sont insérés les mots : « , notamment le remboursement à la Caisse nationale des allocations familiales des sommes dues au titre de l'allocation journalière du proche aidant mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale ainsi qu'en application de l'article L. 381-1 du même code, » et, après la référence : « L. 444-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

2° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « alinéa », est insérée la référence : « du VI » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « au », il est inséré le mot : « présent » ;

c) Il est ajouté un *c* ainsi rédigé :

« *c)* Dans les deux sous-sections mentionnées au I de l'article L. 14-10-5, une fraction de ces crédits fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale finance l'allocation journalière du proche aidant prévue aux articles L. 168-8 et suivants du code de la sécurité sociale. » ;

3° Au quatrième alinéa de l'article L. 262-46, après la première occurrence du mot : « titre », sont insérés les mots : « de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8 du code de la sécurité sociale, ».

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

1° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 133-4-1, dans sa rédaction résultant du 2° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après la seconde occurrence du mot : « mentionnées », est insérée la référence : « à l'article L. 168-8, » ;

2° Le 1° du II de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ainsi que » sont remplacés par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « ainsi que les allocations mentionnées aux articles L. 168-1 et L. 168-8 » ;

3° Après le chapitre VIII du titre VI du livre I^{er}, il est inséré un chapitre VIII *bis* ainsi rédigé :

« *CHAPITRE VIII BIS*

« *Allocation journalière du proche aidant*

« *Art. L. 168-8.* – Une allocation journalière du proche aidant est versée dans les conditions prévues aux articles L. 168-9 à L. 168-16 aux personnes qui bénéficient du congé de proche aidant prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail. Bénéficient également de cette allocation, dans des conditions fixées par décret, les personnes mentionnées à l'article L. 544-8 du présent code ainsi que les agents publics bénéficiant d'un congé de proche aidant.

« *Art. L. 168-9.* – 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.

« 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.

« 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.

« Le nombre maximal d'allocations journalières versées à un bénéficiaire pour l'ensemble de sa carrière est égal à soixante-six.

« *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.

« L'allocation journalière du proche aidant n'est, en outre, pas cumulable avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

« 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 ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

« 6° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code ;

« 7° L'allocation aux adultes handicapés ;

« 8° L'allocation journalière de présence parentale ;

« 9° L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;

« 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.

« Toutefois, l'allocation journalière du proche aidant est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° du présent article perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

« *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.

« *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 dans les délais prévus à l'article L. 553-1.

« *Art. L. 168-13.* – Tout paiement indu d'allocation journalière du proche aidant est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À 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.

« Lorsque l'indu notifié ne peut être récupéré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous les réserves indiquées au même premier alinéa, et si l'assuré n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 553-2, dans les conditions prévues au même avant-dernier alinéa.

« Les dispositions des quatrième à dernier alinéas de l'article L. 133-4-1 sont applicables au recouvrement des indus mentionnés au présent article.

« *Art. L. 168-14.* – Toute réclamation dirigée contre une décision relative à l'allocation journalière du proche aidant prise par un organisme débiteur des prestations familiales fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours préalable dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 142-4.

« Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article relèvent de l'article L. 142-1.

« Le bénéficiaire de l'allocation journalière du proche aidant est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.

« *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.

« *Art. L. 168-16.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret. » ;

4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 355-3, dans sa rédaction résultant du 4° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, la référence : « à l'article L. 511-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 » ;

5° Le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 est ainsi rédigé :

« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8, à l'exclusion des fonctionnaires bénéficiant d'un congé de proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent, est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général. Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail pour les périodes pour lesquelles elle ne bénéficie pas de l'allocation journalière mentionnée à l'article L. 168-8 du présent code. Dans ce second cas, l'affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;

6° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 553-2, les mots : « aux titres II et IV » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 168-8 ainsi qu'aux titres II et IV » ;

7° À la première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 815-11, dans sa rédaction résultant du 6° du I de l'article 77 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « à l'article L. 168-8, » ;

8° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 821-5-1, après le mot : « dues, », sont insérés les mots : « soit au titre de l'allocation mentionnée à l'article L. 168-8, » ;

9° À la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 845-3, les mots : « par l'article L. 511-1 et par les dispositions du » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 168-8 et L. 511-1 ainsi qu'au ».

III. – Au premier alinéa de l'article L. 3142-16 du code du travail, les mots : « ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise » sont supprimés.

IV. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2022, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant. Ce rapport étudie notamment le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son montant ou de ses conditions d'attribution. Il s'attache également à analyser l'articulation de cette allocation avec d'autres prestations.

Ce rapport dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé.

Il évalue la pertinence d'une extension du droit au congé dans les jours suivant immédiatement le décès de la personne aidée.

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

L'article L. 168-13 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 3° du II du présent article, entre en vigueur à la date fixée par le décret en Conseil d'État prévu à l'article 3 de l'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus.

VI. – L'ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019 relative au droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d'indus est ainsi modifiée :

1° L'article 1^{er} est ainsi modifié :

a) Au *b* du 1°, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » et le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

b) Aux première et seconde phrases du quatrième alinéa ainsi qu'aux neuvième et onzième alinéas du *c* du même 1°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

c) Au second alinéa du *b* du 2°, du *c* du 3°, du *b* du 4°, du *c* du 5° et du *b* du 6°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier » ;

d) Au *a* des 1° et 2°, aux *a* et *b* du 3°, au *a* du 4°, aux *a* et *b* du 5° et au *a* du 6°, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

2° L'article 2 est ainsi modifié :

a) Au 1°, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

b) Au second alinéa du 2°, les mots : « troisième à douzième » sont remplacés par les mots : « quatrième à dernier ».

Article 69

I. – L'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces montants peuvent être modulés selon des modalités fixées par décret lorsque le bénéficiaire du congé de présence parentale fractionne ce congé ou le transforme en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues à l'article L. 1225-62 du code du travail ou pour les agents publics bénéficiant du congé de présence parentale par les règles qui les régissent. »

II. – Le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 4 du chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1225-62 est ainsi rédigée : « Le salarié peut, avec l'accord de son employeur, transformer ce congé en période d'activité à temps partiel ou le fractionner. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 1225-63 est ainsi rédigé :

« Chaque fois qu'il souhaite prendre une demi-journée, un jour ou plusieurs jours de congé, il en informe l'employeur au moins quarante-huit

heures à l'avance. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de l'enfant ou en cas de situation de crise nécessitant une présence sans délai du salarié, ce dernier peut bénéficier de ce congé immédiatement. »

III. – La troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 40 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »

IV. – La troisième phrase du deuxième alinéa de l'article 60 *sexies* de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »

V. – La troisième phrase du deuxième alinéa du 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigée : « Le congé de présence parentale peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. »

VI. – Les I et II entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 30 septembre 2020.

Les III, IV et V entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 30 septembre 2020.

Article 70

I. – Le livre IV du code de la sécurité sociale est complété par un titre IX ainsi rédigé :

« TITRE IX

« INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES

« *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 :

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

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

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

« *c*) Les assurés relevant du régime d'assurance accidents du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

« 2° Au titre de la solidarité nationale :

« *a*) Les assurés non-salariés des professions agricoles mentionnés au *b* du 1° ou relevant du *c* du même 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa ;

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

« *c*) Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides mentionnés au premier alinéa du présent article.

« 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.

« 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'État, par rapport aux règles fixées par les dispositions qui leur sont applicables du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

« 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.

« 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.

« *Art. L. 491-2.* – Le fonds institué à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime centralise et instruit les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles des personnes mentionnées au 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du présent code selon des règles de procédure définies par décret.

« Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur au regard des conditions posées par les règles applicables au régime de sécurité sociale dont il relève ainsi que sur l'imputabilité de la pathologie aux pesticides mentionnés au premier alinéa du même 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.

« Le fonds transmet aux caisses primaires d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 211-1, aux caisses générales de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 752-4 du présent code, aux caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime et aux caisses d'assurance accidents agricoles mentionnées à l'article L. 761-20 du même code sa décision portant sur les points mentionnés au deuxième alinéa du présent article afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, en tenant compte, pour les personnes mentionnées aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1 du présent code, du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1.

« *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 du présent code et se prononce sur leur droit à réparation au titre de la solidarité nationale.

« 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.

« Le fonds procède ou fait procéder, afin notamment d’apprécier si le lien de causalité entre l’exposition et la pathologie est établi, à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou le secret des affaires. Dans les six mois à compter de la réception d’une demande d’indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d’indemnisation mentionnant l’évaluation retenue pour chacune des prestations auxquelles l’intéressé peut prétendre, après déduction des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l’article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l’amélioration de la situation des victimes d’accidents de la circulation et à l’accélération des procédures d’indemnisation et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d’autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l’état de la victime, l’offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel. Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d’aggravation de l’état de santé de la victime.

« *Art. L. 491-4.* – Le demandeur informe le fonds mentionné à l’article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime des autres procédures relatives à l’indemnisation des préjudices définis à l’article L. 491-1 du présent code qu’il a engagées. Si une action en justice est intentée, il informe le juge ou la commission de la saisine du fonds.

« Le fonds peut requérir de tout service de l’État, de toute collectivité publique, de tout organisme assurant la gestion des prestations sociales et de tout organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice la communication des renseignements relatifs à l’exécution de leurs obligations éventuelles.

« 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.

« 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.

« *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, le cas échéant, des adaptations fixées par décret en Conseil d’État.

« En ce qui concerne les demandes relatives aux enfants mentionnés au *c* du 2° du même article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Cette action est engagée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« *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.

« Le fonds peut intervenir au soutien du demandeur devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, devant les juridictions de jugement en matière répressive, y compris pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ainsi que devant la juridiction administrative. Il peut intervenir à titre principal et user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi, y compris celles prévues aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code.

« 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.

« *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. »

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 253-8-2 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du IV, le taux : « 0,3 % » est remplacé par le taux : « 3,5 % ».

b) Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° À l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides mentionné à l'article L. 723-13-3, aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa du même article L. 491-1, pour sa part restante. » ;

2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-13-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-13-3.* – Il est créé, au sein de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole mentionnée à l'article L. 723-11, un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ayant pour objet la réparation des dommages subis par les victimes mentionnées à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale. Le fonds comprend un conseil de gestion. 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.

« Le fonds enregistre en recettes :

« 1° Le produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 du présent code pour la part mentionnée au 2° du VI du même article L. 253-8-2 ;

« 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 ;

« 3° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 752-1, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de ce régime ;

« 4° Une contribution, dont le montant est défini selon des modalités fixées par décret, du régime d'assurance accidents du code local des

assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés agricoles relevant de ce régime ;

« 5° Les sommes perçues en application de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale ;

« 6° Les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.

« Le fonds enregistre en dépenses :

« a) La prise en charge des indemnités mentionnées au titre IX du livre IV du code de la sécurité sociale ;

« b) Les frais de fonctionnement du fonds et ceux liés à sa gestion.

« Les dépenses et les recettes du fonds sont retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1 du présent code. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.

« Un décret en Conseil d'État définit les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa du présent article. »

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Par dérogation, pour les demandes présentées au fonds en 2020, le délai de six mois prévu au dernier alinéa de l'article L. 491-3 du code de la sécurité sociale est porté à douze mois.

IV. – Par dérogation aux délais de dépôt des demandes de réparation prévues par les dispositions relatives aux régimes agricoles obligatoires d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ou au régime général d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles qui leur sont applicables, peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021 :

1° Les personnes mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale dont le premier certificat médical les

informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2019 ;

2° Les personnes mentionnées au *b* du même 2° dont le premier certificat médical les informant du lien possible entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur a été délivré avant le 31 décembre 2019.

Par dérogation à l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale, les personnes mentionnées au *c* du 2° de l'article L. 491-1 du même code pour lesquelles la date de consolidation de l'état de santé est antérieure à dix ans au 31 décembre 2019 peuvent saisir le fonds mentionné à l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime jusqu'au 31 décembre 2021, quelle que soit la date de cette consolidation.

V. – Au plus tard le 30 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds prévu au présent article de la définition des pesticides retenue par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles.

Article 71

Le III *bis* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rétabli :

« 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 qui lui sont affectés en application du II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. »

CHAPITRE II

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 72

I. – Le code civil est ainsi modifié :

1° L'article 373-2-2 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par quinze alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par :

« 1° Une décision judiciaire ;

« 2° Une convention homologuée par le juge ;

« 3° Une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel selon les modalités prévues à l'article 229-1 ;

« 4° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire ;

« 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.

« Il peut être notamment prévu le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement.

« Cette pension peut en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant ou être, en tout ou partie, servie sous forme d'un droit d'usage et d'habitation.

« 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 V du code de la sécurité sociale et par le code de procédure civile, dans les cas suivants :

« 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 ;

« 2° Sur décision du juge, lorsqu'au moins un des parents en fait la demande ;

« 3° Sur accord des parents mentionné dans l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I.

« 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.

« Dans les cas mentionnés aux 3° à 5° du I, la date de paiement et les modalités de revalorisation annuelle du montant de la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales respectent des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Il en est de même dans le cas mentionné au 2° du même I, sauf lorsque la convention homologuée comporte des stipulations relatives au paiement de la pension ou à sa revalorisation ou a expressément exclu cette dernière.

« Un décret en Conseil d'État précise également les éléments strictement nécessaires, au regard de la nécessité de protéger la vie privée des membres de la famille, au versement de la pension par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales que les greffes, les avocats et les notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales en sus des extraits exécutoires des décisions mentionnées au 1° du I ou des copies exécutoires des conventions et actes mentionnés aux 2° à 4° du même I, ainsi que les modalités de leur transmission. » ;

2° L'article 373-2-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « sous les modalités et garanties prévues par la convention homologuée ou par le juge, » sont supprimés ;

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 » ;

3° L'article 373-2-6 est ainsi modifié :

a) À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier 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 » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « d'une décision, d'une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou d'une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale » sont remplacés par les mots : « de l'un des titres mentionnés aux 1° à 5° du I de l'article 373-2-2 ».

II. – L'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 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. »

III. – Le code pénal est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article 227-3, les mots : « , une convention judiciairement homologuée ou une convention prévue à l'article 229-1 » sont remplacés par les mots : « ou l'un des titres mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 » ;

2° À l'article 227-4, après le mot : « créancier », sont insérés les mots : « ou à l'organisme débiteur des prestations familiales lorsque le versement de la pension fait l'objet d'une intermédiation financière dans les conditions prévues à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, ».

IV. – Le code des procédures civiles d'exécution est ainsi modifié :

1° Au 4° *bis* de l'article L. 111-3, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » et le mot : « contresignée » est remplacé par le mot : « contresigné » ;

2° À l'article L. 161-3, après le mot : « judiciaire », sont insérés les mots : « , d'une convention ou d'un acte mentionnés aux 2° à 5° du I de l'article 373-2-2 du code civil ayant force exécutoire » ;

3° L'article L. 213-1 est ainsi modifié :

a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

b) Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; »

c) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une convention rendue exécutoire dans les conditions prévues à l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 est ainsi rédigé :

« 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. »

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

1° Le IV de l'article L. 523-1 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « divorce », sont insérés les mots : « ou à leur séparation de corps » ;

b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Une convention homologuée par le juge »

2° Le I de l'article L. 553-4 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Au 1°, après le mot : « enfants », sont insérés les mots : « ou le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 » ;

c) Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas prévu au 1°, le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3 est opéré par priorité sur celles d'autres créanciers.

« Lorsque le parent débiteur est bénéficiaire de prestations familiales, le paiement de la pension alimentaire, dans le cadre de l'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1, peut être opéré sur celles-ci avec son accord. » ;

3° L'article L. 581-8 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour permettre le recouvrement des créances alimentaires impayées, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au créancier les renseignements dont il dispose relatifs à l'adresse et à la solvabilité du débiteur défaillant, sans pouvoir opposer le secret professionnel. » ;

4° L'article L. 582-1 est ainsi rédigé :

« *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.

« Cette intermédiation est mise en œuvre :

« 1° Dans les conditions définies au II du même article 373-2-2, lorsqu'elle est prévue par un titre mentionné au même II ;

« 2° À défaut, à la demande d'au moins l'un des deux parents, lorsqu'un titre mentionné au I de l'article 373-2-2 du code civil fixe la pension alimentaire en tout ou partie à un montant numéraire, pour la part en numéraire.

« Elle est mise en œuvre sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

« *a)* Le parent créancier remplit la condition de stabilité de résidence et de régularité du séjour prévue à l'article L. 512-1 ;

« *b)* Le parent débiteur remplit la condition de stabilité de résidence prévue au même article L. 512-1 ;

« *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.

« Sauf décision judiciaire contraire, la pension versée par l'intermédiaire de l'organisme débiteur des prestations familiales est revalorisée chaque année, encaissée et reversée à des dates et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

« 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.

« Fait l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales, le refus du parent débiteur ou le silence gardé par lui de transmettre les informations mentionnées au premier alinéa du présent II.

« Les délais de transmission des informations mentionnées au même premier alinéa, la procédure contradictoire applicable ainsi que le montant de la pénalité, qui ne peut excéder le montant de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixé en application de l'article L. 551-1, et ses modalités de recouvrement sont fixés par décret.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« VII. – L'intermédiation financière cesse :

« 1° En cas de décès de l'un ou de l'autre parent ou de l'enfant ;

« 2° À la date de fin de l'intermédiation financière fixée dans le titre qui la prévoit ;

« 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 ;

« 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.

« 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.

« VIII. – L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence du parent créancier.

« 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 du présent code.

« IX. – Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution et du 2° de l'article L. 152 A du livre des procédures fiscales pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue de l'intermédiation financière. » ;

5° Au 1° de l'article L. 582-2, les mots : « et 2° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 4° » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 821-5 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « et pour le recouvrement des créances mentionnées aux articles L. 581-1 et L. 581-3, selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 » ;

b) À la dernière phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais d'entretien de la personne handicapée » ;

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 ».

VI. – Le livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° L'article L. 152 est ainsi modifié :

a) Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

b) Au neuvième alinéa, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 8° » ;

2° L'article L. 152 A est ainsi modifié :

a) Après le mot : « informations », la fin est ainsi rédigée : « nécessaires : » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° À l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de ces prestations ainsi qu'au contrôle des déclarations des allocataires et des bailleurs ;

« 2° À l'exercice des missions de délivrance des titres exécutoires et d'intermédiation financière confiées aux organismes débiteurs des prestations familiales en application des articles L. 582-1 et L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 162 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la mise en œuvre de la mission d'intermédiation financière prévue à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme débiteur des prestations familiales demande à l'administration fiscale et obtient de celle-ci la communication des informations qu'elle détient en application de l'article 1649 A du code général des impôts permettant à cet organisme de connaître les comptes bancaires ouverts au nom du parent débiteur et du parent créancier sur lesquels le prélèvement et le versement de la pension alimentaire peut être effectué. »

VII. – L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est ainsi modifié :

1° Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Une convention homologuée par le juge ; »

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Un accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce ou à leur séparation de corps par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ; ».

VIII. – Les 2° et 3° ainsi que les trois derniers alinéas du II de l'article 373-2-2 du code civil dans sa rédaction résultant du I du présent article, le 2° du III, le troisième alinéa du c du 2° et le 4° du V ainsi que le VI s'appliquent à compter du 1^{er} juin 2020, à l'exception du 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 4° du V du présent article, qui s'applique à compter du 1^{er} juin 2020 dans les cas où la demande du parent fait suite à un impayé de pension alimentaire, et à compter du 1^{er} janvier 2021 dans les autres cas.

Le 1° du III est applicable aux faits commis après l'entrée en vigueur de la présente loi.

IX. – Le présent article s'applique dans les conditions suivantes :

1° Le I s'applique à Wallis-et-Futuna, à l'exception du II de l'article 373-2-2 du code civil ;

2° Le III est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises ;

3° À l'article 711-1 du code pénal, la référence : « l'ordonnance n° 2019-963 du 18 septembre 2019 relative à la lutte contre la fraude portant atteinte aux intérêts financiers de l'Union européenne au moyen du droit pénal » est remplacée par la référence : « la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2020 » ;

4° Le IV est applicable à Wallis-et-Futuna ;

5° L'article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires est applicable à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

Article 73

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

1° Après l'article L. 214-1, il est inséré un article L. 214-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 214-1-1.* – Afin d'informer les familles, les établissements et services mentionnés aux deux premiers alinéas de l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, accueillant des enfants de moins de six ans et dont l'activité est déterminée par décret, communiquent par voie électronique leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales selon une périodicité et des modalités de transmission fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;

2° La première phrase du cinquième alinéa de l'article L. 421-3 est complétée par les mots : « et, pour l'assistant maternel uniquement, s'il autorise la publication de son identité et de ses coordonnées par les organismes en charge d'une mission de service public mentionnés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » ;

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 421-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assistants maternels respectent des obligations de déclaration et d'information, notamment relatives à leurs disponibilités d'accueil, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le manquement à l'obligation de déclaration relative aux disponibilités d'accueil de l'assistant maternel ne peut constituer un motif de suspension de l'agrément ou le seul motif de son retrait. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020, y compris pour les assistants maternels agréés à cette date.

Article 74

Après le huitième alinéa du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique mentionné à l'article L. 120-3 du code du service national ; ».

Article 75

I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 8 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « conformément à l'évolution du montant fixé à Mayotte du salaire minimum prévu à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « selon des modalités identiques au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné au deuxième alinéa du présent article d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par le décret mentionné à l'article 14. » ;

2° La section 4 *bis* du chapitre II du titre I^{er} est ainsi modifiée :

a) L'article 10-1 est ainsi rédigé :

« *Art. 10-1.* – Les articles L. 541-1, L. 541-2 et L. 541-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte. » ;

b) L'article 10-2 est abrogé ;

3° À l'article 12, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 133-3 ».

II. – A. – Le *a* du 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

B. – Le bénéfice des dispositions du *b* du 1° du I est ouvert au titre de la rentrée scolaire 2020, et la prestation peut être versée jusqu'au 31 décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

C. – Le 2° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} décembre 2020. Cette échéance peut être retardée par décret jusqu'au 30 juin 2021.

Article 76

La section 2 *bis* du chapitre VI du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° À la première phrase de l'article L. 216-4, les mots : « des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts » sont supprimés et les mots : « à titre expérimental pour une durée de cinq ans » sont remplacés par les mots : « aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale » ;

2° L'article L. 216-5 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « créée à titre expérimental » sont supprimés ;

b) La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « Toutefois, en matière de politique d'action sociale, le conseil délibère sur les dossiers présentés par le directeur dans le respect des orientations définies également par la Caisse nationale d'allocations familiales. » ;

3° L'article L. 216-7 est abrogé.

Article 77

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu

à l'article L. 114-8-1 ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. »

Article 78

Au premier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, après le mot : « renseignements », sont insérés les mots : « ainsi que les données ou documents s'y rapportant ».

Article 79

L'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les agents de chaque organisme mentionné à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique désignés par le directeur de chacun de ces organismes. »

Article 80

Dans un délai de neuf mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE III

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 81

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 %.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code,

lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 € par mois.

Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 000 € et inférieur ou égal à 2 008 €, le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 dudit code est égal à 1,008. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 008 € et inférieur ou égal à 2 012 €, le coefficient est égal à 1,006. Pour les assurés dont le montant total des pensions avant revalorisation est supérieur à 2 012 € et inférieur ou égal à 2 014 €, le coefficient est égal à 1,004.

Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre premiers alinéas du présent article ;

2° Les majorations mentionnées à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les minima de pension faisant référence au même article L. 17, pour leurs montants accordés à la liquidation ;

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 ;

4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87- 563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale.

Article 82

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

1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre V du livre III est complétée par un article L. 351-7-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-7-1 A.* – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

« Le premier alinéa n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1. » ;

2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, après la première occurrence du mot : « handicapés », sont insérés les mots : « se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou ».

II. – L'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rétabli :

« *Art. L. 732-30.* – I. – La pension de retraite de l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale est liquidée à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge prévu à l'article L. 732-18 du présent code, sauf s'il s'y oppose dans des conditions fixées par décret. L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint cet âge.

« II. – Le I du présent article n'est pas applicable lorsque l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés exerce une activité professionnelle à la date à laquelle il atteint l'âge mentionné à l'article L. 732-18. »

III. – L’ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° La section 3 du chapitre I^{er} du titre II est complétée par un article 11-1 ainsi rédigé :

« *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.

« Le premier alinéa du présent article 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. » ;

2° L’article 11 *bis* devient l’article 11-2.

IV. – Le code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L’article L. 262-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« I. – Le droit au revenu de solidarité active est subordonné à la condition que le foyer fasse valoir ses droits aux prestations sociales, législatives, réglementaires et conventionnelles, à l’exception des allocations mensuelles mentionnées au dernier alinéa de l’article L. 222-3.

« La condition prévue au premier alinéa du présent I ne porte sur les pensions de vieillesse des régimes légalement obligatoires que si la personne qui peut y prétendre a atteint l’âge mentionné au 1° de l’article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ou, si elle a été reconnue inapte au travail en application de l’article L. 351-7 du même code, l’âge mentionné au premier alinéa de l’article L. 351-1 dudit code.

« Cette condition ne porte sur l’allocation mentionnée à l’article L. 815-1 du même code que si la personne qui peut y prétendre a atteint l’âge mentionné au 1° de l’article L. 351-8 du même code, à moins qu’elle ait été reconnue inapte au travail en application de l’article L. 351-7 du même code ou ne relève d’aucun régime de base obligatoire d’assurance vieillesse. » ;

b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

2° À la première phrase de l'article L. 262-12, la référence : « aux deuxième à dernier alinéas » est remplacée par la référence : « au II ».

V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

Article 83

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

1° Après le troisième alinéa de l'article L. 242-5, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Les décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées à l'employeur par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« 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.

« L'absence de réalisation des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions entraîne l'application d'une pénalité à l'encontre de l'employeur, notifiée par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, dont le montant, qui peut être croissant en fonction de l'effectif de l'entreprise, 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, des établissements pour lesquels l'absence de réalisation de ces démarches est constatée. Cette pénalité ne peut excéder, par entreprise, un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 €. Ces pénalités sont versées à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions. Les modalités de notification des décisions mentionnées au quatrième alinéa du présent article, 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. Les contestations relatives à cette pénalité relèvent de la compétence

de la cour d'appel mentionnée à l'article L. 311-16 du code de l'organisation judiciaire. Les recours contentieux contre les décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail notifiant cette pénalité sont précédés d'un recours préalable, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 142-4 du présent code en cas de contestation des décisions de nature non médicale relevant du 1° de l'article L. 142-1. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa du même article L. 242-5, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

3° L'article L. 434-3 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est supprimé ;

b) La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « La victime titulaire d'une rente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 peut en demander la conversion partielle en rente réversible au bénéficiaire de son conjoint, du partenaire lié à elle par un pacte civil de solidarité ou de son concubin. » ;

c) Au début du dernier alinéa, les mots : « La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin sont revalorisées » sont remplacés par les mots : « Cette rente est, à compter de son versement, revalorisée » ;

4° Aux articles L. 434-4 et L. 434-5, au début, les mots : « Le rachat ou les conversions de rente prévus » sont remplacés par les mots : « La conversion de rente prévue » et le mot : « peuvent » est remplacé par le mot : « peut ».

II. – Les 3° et 4° du I du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

L'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeure applicable aux personnes qui, avant le 1^{er} janvier 2020, ont présenté une demande, sur laquelle il n'a pas été statué par une décision rendue définitive, tendant à la conversion en capital d'une rente d'accident du travail.

Le 1° du I du présent article est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2020, aux entreprises dont l'effectif est supérieur ou égal à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation

prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, à l'exception des entreprises ou de leurs établissements ayant demandé, du 21 octobre au 18 décembre 2019, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente, de ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du procédé électronique de notification mentionné au I du présent article ;

2° À compter de dates fixées par décret, en fonction des effectifs des entreprises, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2022, aux entreprises dont l'effectif est inférieur à cent cinquante salariés et redevables de la cotisation prévue à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

Article 84

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

1° L'article L. 323-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-2.* – Par dérogation à l'article L. 323-1, le nombre d'indemnités journalières dont peuvent bénéficier les personnes ayant atteint un âge déterminé et titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, ne peut dépasser une limite fixée par décret pour l'ensemble de la période pendant laquelle, ayant atteint cet âge, elles bénéficient de cet avantage. » ;

2° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :

a) Aux 4°, 5° et 6° ainsi que, deux fois, au 7° du II, les mots : « départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du présent code à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ou à Mayotte » ;

b) Au 4° du II, après le mot : « local », sont insérés les mots : « au titre des 1° à 3° et des 5° à 11° » et, après les mots : « de droit », sont insérés les mots : « aux prestations en espèces » ;

c) Au 7° du II, après les deux occurrences des mots : « ayants droit », sont insérés les mots : « du régime général » ;

d) Aux 9° et 10° du II, après le mot : « justifient », sont insérés les mots : « , en tant que salariés, » ;

e) Au 11° du II, la référence : « n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité » est remplacée par la référence : « n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 précitée » ;

f) Au dernier alinéa du II, après le mot : « effective », il est inséré le mot : « , totale » ;

g) Le III est supprimé ;

3° À la fin du 2° du I de l'article L. 325-2, les mots : « élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle » ;

4° L'article L. 341-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 341-1.* – L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer un salaire supérieur à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité. » ;

5° À l'article L. 341-2, le mot : « social » est supprimé ;

6° L'article L. 341-7 est complété par les mots : « dont relève l'assuré » ;

7° À l'article L. 341-8, le mot : « social » est supprimé ;

8° Au premier alinéa de l'article L. 341-9, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

9° L'article L. 341-11 est complété par les mots : « à l'initiative de la caisse ou de l'assuré » ;

10° À l'article L. 341-12, les mots : « du salaire ou du gain » sont remplacés par les mots : « de la rémunération » et les mots : « dans les conditions fixées » sont remplacés par les mots : « au delà d'un seuil et dans des conditions fixés » ;

11° À l'article L. 341-14, les mots : « son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi » sont remplacés par les mots : « sa rémunération, lorsqu'il fait l'objet d'un suivi médical ou suit » ;

12° Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1, les mots : « du présent code » sont remplacés par les mots : « , L. 351-15 du présent code ou » et, après la référence : « L. 732-18-3 », est insérée la référence : « , L. 732-29 » ;

13° L'article L. 341-16 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « concédée » est remplacé par le mot : « attribuée » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « pour laquelle » sont remplacés par les mots : « à laquelle ».

II. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des prestations annuelles d'invalidité servies au titre d'une inaptitude totale ou partielle ne peuvent être inférieurs à des montants minimaux, ni être supérieurs à des montants maximaux exprimés en pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, fixés par décret en Conseil d'État. »

III. – 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.

Par dérogation à l'article L. 781-22 du code rural et de la pêche maritime, et jusqu'à une date fixée par décret en Conseil d'État et ne pouvant excéder le 31 décembre 2020, tant que les revenus professionnels servant de base aux calcul des pensions d'invalidité ne peuvent être estimés pour les personnes mentionnées aux 1^o et 5^o de l'article L. 722-10 du même code dans les collectivités mentionnées à l'article L. 781-14 dudit code, les montants des prestations d'invalidité sont fixés aux montants minimaux mentionnés à l'article L. 732-8 du même code.

IV. – Une contribution de 11 millions d'euros destinée à financer le relèvement des prestations d'invalidité mentionnées à l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime est prélevée au titre de l'exercice 2020 sur les excédents du fonds mentionné à l'article L. 731-35-2 du même code.

V. – Les dispositions prévues au 1^o du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021. Les dispositions prévues aux 2^o à 13^o du même I s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les dispositions prévues au IV s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les dispositions prévues au II s'appliquent aux prestations d'invalidité au titre de l'incapacité totale ou partielle liquidées à compter du 1^{er} janvier 2020.

Article 85

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

1° Après le 2° de l'article L. 323-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité. » ;

2° L'article L. 323-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-4.* – L'indemnité journalière est égale à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière.

« Le revenu d'activité journalier antérieur est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

« La fraction, le plafond ainsi que les modalités de détermination des revenus d'activité antérieurs retenus et de leur valeur journalière mentionnés au premier alinéa sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;

3° Après l'article L. 382-21, il est inséré un article L. 382-21-1 ainsi rédigé :

« *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.

« 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.

« 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.

« Les conditions prévues aux articles L. 323-4-1 à L. 323-7 sont applicables au versement des indemnités journalières.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent I.

« 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. » ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. »

II. – Le livre VII du code rural et la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, les mots : « Les articles L. 323-3, » sont remplacés par les mots : « L'article L. 323-3, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, ainsi que les articles » ;

2° L'article L. 752-5-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel si ce travail est reconnu par le médecin-conseil de la mutualité sociale agricole comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « la reprise d'un travail léger » sont remplacés par les mots : « l'autorisation d'effectuer un travail aménagé ou à temps partiel » et les mots : « cette reprise » sont remplacés par les mots : « ce travail ».

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

Les dispositions prévues au 3° du même I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020.

IV. – À titre expérimental, par dérogation à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale et pour une durée maximale de deux ans, afin de prévenir la désinsertion professionnelle, la Caisse nationale de l'assurance maladie met en place des plateformes départementales pluridisciplinaires placées auprès des caisses primaires d'assurance maladie désignées à cette fin et coordonnant l'intervention des différents services de l'assurance maladie sur le territoire et des services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-2 du code du travail. Ces plateformes peuvent, le cas échéant, associer à leurs actions d'autres acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle. Elles interviennent dès qu'un assuré en arrêts de travail fréquents ou prolongés est identifié comme exposé à un risque de désinsertion professionnelle par son employeur, un service social ou un professionnel de santé. La plateforme départementale, avec l'accord de l'assuré et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé impliqués, notamment le médecin du travail, le médecin traitant et le médecin conseil, réalise un diagnostic de la situation de l'assuré, définit un parcours d'accompagnement approprié, en assure le suivi et établit un bilan de suivi.

La Caisse nationale de l'assurance maladie, responsable de traitement, assure une synthèse anonymisée des situations des assurés et de leur évolution en exploitant ces bilans, afin de mesurer les résultats et l'impact du dispositif pour lutter contre la désinsertion professionnelle.

TITRE III

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

Article 86

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 649 millions d'euros pour l'année 2020.

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.

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.

Article 87

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

1° Le titre IV du livre I^{er} est ainsi modifié :

a) Au début de l'intitulé, les mots : « Expertise médicale – » sont supprimés ;

b) Le chapitre I^{er} est abrogé ;

c) La section 5 du chapitre II est complétée par un article L. 142-10-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 142-10-2.* – Les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes

de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

d) Au premier alinéa de l'article L. 142-11, les mots : « en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que » sont supprimés et la référence : « aux 4° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;

2° À la fin de la dernière phrase du III de l'article L. 315-2, les mots : « donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1 » sont remplacés par les mots : « sont soumises aux règles prévues au chapitre II du titre IV du livre I^{er} » ;

3° À la fin du 1° de l'article L. 324-1, les mots : « et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert » sont supprimés ;

4° Au 2° de l'article L. 431-2, les mots : « contestation, de l'avis émis par l'expert » sont remplacés par les mots : « recours préalable, de l'avis émis par l'autorité compétente pour examiner ce recours » ;

5° Au 1° de l'article L. 432-4-1, les mots : « d'un commun accord » et, à la fin, les mots : « et le médecin-conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 » sont supprimés ;

6° À la fin de l'article L. 442-6, les mots : « ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert » sont supprimés.

II. – Le IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice est ainsi modifié :

1° À la fin du 8°, les mots : « après les mots : “de l'autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” » ;

2° Au second alinéa du 10°, les mots : « L'avis rendu par l'autorité médicale » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'autorité » et, après la référence : « L. 142-1, », sont insérés les mots : « est une autorité médicale, son avis » ;

3° Au a du 12°, les mots : « après le mot : “autorité”, il est inséré le mot : “médicale” » sont remplacés par les mots : « après le mot : “préalable”, sont insérés les mots : “, lorsqu'il s'agit d'une autorité médicale,” ».

III. – Le I du présent article est applicable aux contestations, aux recours préalables et aux recours juridictionnels introduits à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

Article 88

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 224,1 milliards d'euros;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 222,6 milliards d'euros.

Article 89

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 :

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé.....	84,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10,0
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.....	205,6

Article 90

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 260 millions d'euros au titre de l'année 2020.

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

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2020.

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.

Article 91

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

Article 92

Pour l'année 2020, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 247,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 141,7 milliards d'euros.

Article 93

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

Article 94

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 :

(En milliards d'euros)

	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse.....	18,2

Délibéré en séance publique, à Paris, le 2 décembre 2019.

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport retraçant la situation patrimoniale, au 31 décembre 2018, des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés pour l'exercice 2018

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

(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
Prêts, dépôts de garantie.....	1,4	1,5	Régime général	0,2	0,2
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale.....	0,9	0,9	Autres régimes	6,4	5,8
			Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	0,2	0,2
			Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	15,5	17,6
			Réserves	21,6	18,8
			Régime général	3,8	2,9
			Autres régimes	7,7	8,1
			FRR.....	10,1	7,7
			Report à nouveau	-136,9	-143,5
			Régime général	-5,0	-3,4
			Autres régimes	-4,3	-4,0
			FSV	-6,6	-0,1
			CADES	-121,0	-136,0
			Résultat de l'exercice 2016 en instance d'affectation		-3,6
			FSV		-3,6
			Résultat de l'exercice	14,9	12,6
			Régime général	0,5	-2,2
			Autres régimes	-0,2	0,2
			Fonds de solidarité vieillesse (FSV).....	-1,8	-2,9
			CADES	15,4	15,0
			FRR.....	0,9	2,4
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,1	3,5
			Provisions pour risques et charges	17,5	17,2
Actif financier	55,8	55,6	Passif financier	142,6	158,5

(En milliards d'euros)

Actif	2018 (net)	2017 (net)	Passif	2018	2017
Valeurs mobilières et titres de placement	43,4	44,7	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, europapiers commerciaux)	131,1	152,0
Régime général	0,0	0,0	Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)	23,1	27,3
Autres régimes	11,5	8,7	CADES	108,0	124,7
CADES	0,0	1,0			
FRR	31,8	35,0			
Encours bancaire	12,0	9,1	Dettes à l'égard d'établissements de crédit	6,1	5,7
Régime général	2,2	0,9	Régime général (ordres de paiement en attente)	4,8	4,2
Autres régimes	6,8	4,0	Autres régimes	0,3	0,5
FSV	0,0	0,0	CADES	1,0	1,0
CADES	2,3	3,2	Dépôts reçus	0,4	0,5
FRR	0,7	0,9	ACOSS	0,4	0,5
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,5	1,9	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,0	0,2
CADES	0,4	1,3	ACOSS	0,0	0,2
FRR	0,1	0,6			
			Autres	5,0	0,1
			Autres régimes	4,8	0,0
			CADES	0,3	0,1
Actif circulant	77,3	82,1	Passif circulant	57,4	57,9
Créances de prestations	9,1	9,0	Dettes et charges à payer à l'égard des bénéficiaires	29,8	29,8
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8,5	8,9	Dettes et charges à payer à l'égard des cotisants	2,4	2,7
Produits à recevoir de 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

Sur le champ des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette publique (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres négatifs, et qui recouvre pour l'essentiel le cumul des déficits passés restant à financer, s'élevait à 77,0 milliards d'euros au 31 décembre 2018. L'encours de dette sur les produits techniques est de l'ordre de 15%, soit environ 2 mois de recettes.

Après une dégradation très marquée à la fin de la précédente décennie, en partie imputable à la crise économique, le passif net est en diminution

depuis cinq exercices. Cette inversion de tendance s'est confirmée et s'est amplifiée entre 2017 et 2018 (baisse de 7,9 milliards d'euros entre 2015 et 2016, de 12,8 milliards d'euros entre 2016 et 2017 puis de 11,6 milliards d'euros en 2018 par rapport à 2017). Cette amélioration se traduit en particulier par un résultat consolidé positif sur le périmètre d'ensemble de la sécurité sociale retracé ci-dessus (14,9 milliards d'euros en 2018, contre 12,6 milliards d'euros en 2017). Elle reflète la réduction continue des déficits des régimes de base et du FSV (1,4 milliards d'euros en 2018 contre 4,8 milliards d'euros en 2017, 7,0 milliards d'euros en 2016, 10,2 milliards d'euros en 2015, 12,8 milliards d'euros en 2014 et 16,0 milliards d'euros en 2013) dans un contexte de maintien d'un niveau élevé d'amortissement de la dette portée par la CADES (15,4 milliards d'euros en 2018 après 15,0 milliards d'euros en 2017).

Le financement du passif net de la sécurité sociale est assuré à titre principal par un recours à l'emprunt, essentiellement porté par la CADES et l'ACOSS. L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre les dettes financières et les actifs financiers placés ou détenus en trésorerie, suit donc en premier lieu les mêmes tendances que le passif net auquel il est fait référence ci-dessus, en subissant secondairement les effets de la variation du besoin en fonds de roulement lié au financement des actifs et passifs circulants (créances et dettes) et des acquisitions d'actifs immobilisés, qui ont également un impact sur la trésorerie. Après l'infléchissement observé depuis 2015, l'endettement financier continue de reculer ainsi fortement en 2018 (86,8 milliards d'euros contre 102,9 milliards d'euros fin 2017), en cohérence avec l'évolution du passif net ainsi que celle du besoin en fonds de roulement.

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

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Passif net au 31/12 (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

II. – Couverture des déficits et affectation des excédents constatés sur l'exercice 2018

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

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

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

Ce plafond de reprise par la CADES ayant été saturé après les transferts intervenus en 2016, c'est l'ACOSS qui porte en dette à court terme les déficits des derniers exercices. Après s'être accru de 6,4 milliards d'euros entre 2016 et 2017, sous l'effet du financement des déficits du régime général et du FSV, l'endettement financier brut de l'ACOSS a reculé de 4,4 milliards d'euros pour s'établir à 23,5 milliards d'euros au 31 décembre 2018, suite à l'évolution favorable des comptes sociaux.

Au titre de l'exercice 2018, le résultat cumulé des régimes de base autres que le régime général est déficitaire de 0,2 milliard d'euros. La plupart de ces régimes présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des branches et régimes intégrés financièrement au régime général (ensemble des branches maladie des différents régimes de base depuis la mise en œuvre, en 2016, de la protection universelle maladie, branches vieillesse de base du régime des salariés agricoles depuis 1963 et du régime social des indépendants jusqu'en 2017), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de

l'État (SNCF, RATP, régimes des mines et des marins) et des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État, industries électriques et gazières), équilibrés par ces derniers. Concernant le régime des mines, les déficits passés cumulés de la branche Maladie ont par ailleurs été transférés à la CNAM à hauteur de 0,7 milliard d'euros en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Concernant les régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage, le résultat de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, encore excédentaire en 2017, ressort en déficit de 0,6 milliard d'euros en 2018.

La branche retraite du régime des exploitants agricoles, qui était déficitaire en 2017, présente un bénéfice de 0,01 milliard d'euros en 2018. Ses déficits cumulés depuis 2011 (les déficits 2009 et 2010 ayant été repris par la CADES en 2011) atteignent cependant 3,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a prévu que ce déficit puisse être financé par des avances rémunérées de trésorerie octroyées par l'ACOSS, en complément des financements bancaires auxquels avait recours jusque-là la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour couvrir ces déficits cumulés. Au 31 décembre 2018, ces déficits ont été financés en totalité par une avance de l'ACOSS.

Enfin, l'excédent du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros en 2018) recule à nouveau en 2018 (- 0,2 milliard d'euros par rapport à 2017). Ceux de la branche Vieillesse du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (0,09 milliard d'euros en 2018) et du régime de base de la caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard d'euros en 2018) restent globalement stables. Ces excédents sont affectés aux réserves des régimes concernés.

ANNEXE B

Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie pour les quatre années à venir

La présente annexe décrit l'évolution des agrégats de dépenses, de recettes et de soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2020-2023.

Par rapport aux prévisions du PLFSS pour 2019, le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est dégradé, dans le contexte des mesures d'urgence décidées à la fin de l'année 2018, ainsi que du fait d'une situation économique moins favorable qu'anticipée. En conséquence, il est nécessaire de revenir sur les mesures d'accélération du désendettement et de transfert de recettes au budget de l'État qui avaient été décidées l'an dernier, et de décaler la date de retour à l'équilibre tenant compte de ce contexte (I). Cette trajectoire tient compte de l'absence de hausse de prélèvement sur les ménages ou les entreprises, des efforts de maîtrise de la dépense, et du cadre renouvelé des relations financières entre l'État et la sécurité sociale (II). Ces efforts permettront aux branches autres que la branche Vieillesse de dégager des excédents : dès 2020 pour les branches Famille et Accidents du travail et maladies professionnelles et en 2023 pour la branche Maladie (III).

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 tire les conséquences d'une situation économique moins favorable que prévue et des mesures d'urgence économiques et sociales de fin 2018.

Pour 2020, le Gouvernement retient des hypothèses de croissance du PIB de 1,3 % en 2020 (après 1,4 % en 2019) et de 2,8 % de la masse salariale privée (après 3,3 % en 2019) ainsi qu'une hypothèse d'inflation hors tabac (1,0 %) stable par rapport à 2019.

Pour les années 2021 à 2023, le Gouvernement retient un scénario de croissance robuste et régulière sur l'ensemble de la trajectoire. L'inflation augmenterait progressivement avec un effet à la hausse sur les salaires nominaux conduisant à une accélération progressive de la masse salariale.

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

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

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

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

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

En effet, le déficit du régime général serait réduit à -0,3 milliard d'euros en 2023. À cette même date, le déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ne serait plus que de -0,3 milliard d'euros ; le déficit consolidé régime général + FSV atteindrait ainsi +0,1 milliard d'euros. L'équilibre des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement ne serait quant à lui pas atteint à cette même date, en raison de la trajectoire plus dégradée de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales. En 2023, le déficit global pour l'ensemble des régimes obligatoires atteindrait -1,1 milliard d'euros.

En l'absence de retour à l'équilibre dès 2020 sur le champ du régime général, il n'est par ailleurs plus envisageable de prévoir des transferts de

recettes à la CADES et à l'État. Par conséquent, pour les années 2020 à 2022, le PLFSS pour 2020 supprime les dispositions de la LFSS pour 2019 qui avaient prévu l'affectation à la CADES des ressources de CSG (1,6 milliard d'euros en 2019, 1,8 milliard d'euros l'année suivante, et 1,5 milliard d'euros supplémentaires à compter de 2022) destinés à l'apurement de la dette qu'il était envisagé de lui transférer dans une limite de 15 milliards d'euros. Symétriquement, en l'absence d'excédent des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la loi de finances prévoit la suppression de la réduction à due concurrence de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Le désendettement de la sécurité sociale se poursuivra néanmoins à un rythme élevé. La prévision d'amortissement de dette par la CADES est fixée à 16,7 milliards d'euros, après 16 milliards d'euros prévus en 2019 et 15,4 milliards d'euros constatés en 2018. Fin 2020, la CADES devrait avoir remboursé près de 190 milliards d'euros de dettes depuis sa création, confortant l'objectif de remboursement de la totalité des dettes transférées restantes, soit 105,3 milliards d'euros d'ici 2025. Ces niveaux sont très supérieurs à celui du déficit courant prévu par la loi (-5,6 milliards d'euros sur le champ des ROBSS + FSV en 2020), ce qui permet de constater un désendettement effectif au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

II. – Cette trajectoire s'inscrit dans un cadre de maîtrise de la dépense, d'absence de hausses de prélèvement et de simplification des relations entre l'État et la sécurité sociale.

L'année 2019 a été marquée par une importante évolution du financement de la sécurité sociale du fait de la mise en place de la réduction de 6 points de cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 fois le SMIC en substitution du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS). En outre, depuis le 1^{er} octobre (le 1^{er} janvier pour certains secteurs), les allègements généraux de cotisations sociales ont été renforcés au niveau du SMIC afin d'encourager la création d'emploi. Ils portent désormais sur les contributions d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Ainsi, au niveau du SMIC, plus aucune cotisation ou contribution sociale, payée habituellement par toutes les entreprises, n'est due, à la seule exception de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour la part correspondant à la sinistralité des entreprises. Le PLFSS pour 2020 ne revient pas sur ce schéma.

Le PLFSS ne prévoit par ailleurs aucune mesure significative de hausse des cotisations ou contributions dues par les employeurs ou les entreprises. Il est toutefois prévu de limiter l'effet favorable de la déduction forfaitaire spécifique (DFS), abattement d'assiette originellement représentatif des frais professionnels dans certains secteurs, sur la réduction générale de cotisations employeurs qui a été renforcée dans la LFSS 2018 et qui exonère, à compter du 1^{er} octobre 2019, l'employeur de la totalité des cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié au SMIC. Cet avantage sera plafonné à compter du 1^{er} janvier 2020 par voie réglementaire à 130 % des allègements généraux de droit commun. Cette mesure permettra de limiter les interférences entre différents dispositifs d'exonérations et se traduira par un effet positif sur les recettes d'environ 0,4 milliard d'euros sans impact sur la rémunération nette des salariés.

Le projet de loi de finances prévoit de limiter le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les micro-entrepreneurs créateurs d'entreprise pour qu'elles n'excèdent pas celles dont bénéficient les autres travailleurs indépendants, et se limitent à une année blanche de cotisations sociales pour la création ou la reprise d'une entreprise. Le coût de cette exonération étant compensé par le budget de l'État, cette mesure n'a pas d'effet direct sur les ressources des branches.

Conformément, par ailleurs, aux recommandations du rapport remis au Parlement en 2018 sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et à l'exception des suppressions de taxes à faible rendement, les baisses de prélèvements obligatoires décidées depuis 2019 sont supportées par l'État ou la sécurité sociale, en fonction de l'affectation de ces derniers, sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre.

Aussi, en cohérence avec la LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 prévoit donc par exception à l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale que ne feront pas l'objet d'une compensation budgétaire par l'État les pertes de recettes correspondant à l'exonération de cotisations salariales au titre des heures supplémentaires réalisées du 1^{er} janvier au 31 août 2019 du fait de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ainsi que la révision à la baisse du taux de contribution sociale généralisée (CSG) applicable aux retraités ayant un revenu fiscal de référence inférieur à 22 580 € pour une personne seule (34 636 € pour un couple).

Les mesures en dépenses porteront l'essentiel de l'effort pour corriger l'évolution des soldes des branches prestataires par rapport à leur évolution tendancielle. En effet, en dehors des dispositions revenant sur les

affectations de recettes à l'État et la CADES à compter de 2020 déjà mentionnés, qui sont sans effet du point de vue des redevables de prélèvements sociaux, l'ensemble des mesures nouvelles en recettes n'a un impact positif qu'à hauteur de 0,2 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

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

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

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

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

Au global, les mesures en recettes permettront un accroissement de ses ressources de 1,6 milliard d'euros environ à compter de 2020.

L'objectif national de dépense d'assurance maladie est révisé pour 2020 et sa progression est portée de 2,3 % à 2,45 % pour tirer les conséquences des annonces du Gouvernement pour le réinvestissement de l'hôpital public annoncé par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé le 20 novembre 2019. Des financements supplémentaires sont ainsi fléchés sur l'hôpital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur trois ans, dont 300 millions d'euros supplémentaires dès 2020, soit une révision de l'ONDAM pour 2020, dont la progression est portée de 2,3 % à 2,45 %.

Ces 300 millions d'euros supplémentaires se traduisent par un relèvement du sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé », dont l'évolution s'établira à 2,4 %.

Les mesures de revalorisation des aides-soignants, décidées en cohérence avec les travaux en cours sur le grand âge et l'autonomie, bénéficieront aux personnels hospitaliers comme à ceux du secteur médico-social, d'où un relèvement, également, du sous-objectif « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.

S'agissant de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, aucune mesure n'est prévue par le PLFSS pour 2020 pour modifier les ressources de la branche en 2020.

Le PLFSS pour 2020 permettra à cette branche de réaliser 0,1 milliard d'euros d'économies en dépenses, du fait de la revalorisation différenciée des prestations sociales et de la suppression de la possibilité d'opter pour un versement des rentes en capital.

Ces mesures permettront à la branche de dégager un excédent de 1,1 milliard d'euros en 2019 et de 1,4 milliard d'euros en 2020, ce niveau de solde étant par la suite conventionnellement stabilisé sur 2021-2023.

La branche Vieillesse du régime général serait à nouveau déficitaire de 2,1 milliards d'euros en 2019, après trois années en excédent, malgré des dépenses modérées par la revalorisation des pensions limitée à 0,3 %. Ce déficit s'accroîtrait à 2,7 milliards d'euros en 2020. En revanche, l'évolution en 2020 sera favorable en prenant en compte l'amélioration du solde du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de -2,3 milliards d'euros à -1,4 milliard d'euros. Cette évolution contrastée résulte principalement de la fin du financement du minimum contributif par le fonds.

Au niveau de l'ensemble des régimes vieillesse de base, en tenant compte du FSV, le solde resterait inchangé en 2020 par rapport à 2019 à -4,6 milliards d'euros.

Le PLFSS pour 2020 ne prévoit pas de mesure affectant significativement les ressources de la branche Vieillesse, à l'exception de la disposition prévoyant l'absence de compensation à cette branche du coût de l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires, disposition qui n'a pas d'effet au-delà de la seule année 2019. En effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à ce titre à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche Famille à hauteur de 2 milliards d'euros.

En 2020, ses recettes bénéficieront comme celles de la branche Maladie de l'effet de la réduction du coût de la DFS (voir *supra*) pour un gain de 0,1 milliard d'euros.

Les dépenses de la branche évolueront à un rythme supérieur à celui des recettes jusqu'en 2023, en dépit de la mesure de revalorisation différenciée des dépenses de prestations en 2020 dont la branche Vieillesse est la principale bénéficiaire puisque cette disposition permettra une économie en 2020 de 0,3 milliard d'euros pour la branche Vieillesse du régime général et 0,4 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes de retraite.

De 2021 à 2023, le déficit de la branche Vieillesse s'accroîtrait progressivement pour atteindre -6,6 milliards d'euros en fin de période (ROBSS+FSV). L'hypothèse retenue de revalorisation des pensions des régimes de base est à compter de 2021 celle de la prévision d'inflation pour l'ensemble des retraités.

Pour la branche Famille, en 2020, les recettes seront principalement améliorées sous l'effet de la suppression des affectations de recettes à la CADES et à l'État auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 milliard d'euros. En contrepartie elles seront réduites, en application des dispositions de la LFSS pour 2019, déjà prises en compte, à hauteur de 2,0 milliards d'euros correspondant au coût pour la branche Vieillesse des exonérations de cotisations salariales sur les rémunérations perçues au titre des heures supplémentaires.

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

Le solde de la branche sera positif : 0,7 milliard d'euros en 2020, après 0,8 milliard d'euros en 2019.

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

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

Recettes, dépenses et soldes du régime général

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Maladie								
Recettes	194,6	201,3	210,8	214,3	219,2	225,6	232,5	239,7
Dépenses	199,4	206,2	211,5	217,2	222,6	227,6	232,8	237,9
Solde	-4,8	-4,9	-0,7	-3,0	-3,3	-2,0	-0,4	1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	12,6	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
Dépenses	11,8	11,7	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
Solde	0,8	1,1	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								
Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Vieillesse								
Recettes	123,7	126,6	133,8	135,5	139,0	142,4	146,5	151,1
Dépenses	122,8	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
Solde	0,9	1,8	0,2	-2,1	-2,7	-3,9	-4,8	-5,1
Régime général consolidé								
Recettes	366,6	377,6	394,6	400,9	409,4	419,5	431,5	444,4
Dépenses	370,7	379,8	394,1	403,9	413,5	423,1	434,0	444,7
Solde	-4,1	-2,2	0,5	-3,1	-4,1	-3,6	-2,5	-0,3

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

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Maladie								
Recettes	196,0	203,1	212,3	215,8	220,8	227,2	234,0	241,3
Dépenses	200,7	208,0	213,1	218,8	224,1	229,2	234,4	239,6
Solde	-4,7	-4,9	-0,8	-3,0	-3,4	-2,0	-0,4	1,8
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,1	14,4	14,1	14,6	15,0	15,3	15,4	15,6
Dépenses	13,3	13,2	13,4	13,5	13,6	13,9	14,0	14,2
Solde	0,8	1,2	0,7	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4
Famille								
Recettes	48,6	49,8	50,4	51,1	51,0	51,3	52,4	53,5
Dépenses	49,6	50,0	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-1,0	-0,2	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	1,6
Viellèsse								
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	-5,7	-6,3
Régimes obligatoires de base consolidés								
Recettes	473,7	486,2	499,7	507,0	517,1	529,0	542,6	557,4
Dépenses	477,0	488,1	499,3	510,3	521,6	533,1	546,0	558,9
Solde	-3,4	-1,9	0,3	-3,3	-4,5	-4,1	-3,3	-1,5

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	16,7	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
Dépenses	20,3	19,6	19,0	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
Solde	-3,6	-2,9	-1,8	-2,3	-1,4	-1,0	-0,6	-0,3

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

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	365,0	376,5	394,6	400,2	409,6	420,1	432,4	445,7
Dépenses	372,7	381,6	395,8	405,6	415,1	424,7	435,6	446,3
Solde	-7,8	-5,1	-1,2	-5,4	-5,4	-4,6	-3,1	-0,6

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

(En milliards d'euros)

	2016	2017	2018	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	2023 (p)
Recettes	470,5	483,7	498,4	505,2	516,1	528,4	542,5	557,5
Dépenses	477,5	488,6	499,8	510,7	522,1	533,5	546,4	559,4
Solde	-7,0	-4,8	-1,4	-5,5	-5,9	-5,1	-3,9	-1,8

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

I. – Régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession- nelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	75,4	141,2	31,1	14,1	260,1	0,0	260,1
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	90,8	0,0	90,8
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	516,1

II. – Régime général

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies profession- nelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	74,6	90,9	31,1	13,1	208,1	0,0	208,1
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	84,8	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	409,4	16,8	409,6

III. – Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	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

*Vu pour être annexé au projet de loi
adopté par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2019.*

Le Président,
Signé : RICHARD FERRAND

ISBN 978-2-11-158044-2



9 782111 580442

ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale