

# 61<sup>e</sup> séance

## PLFSS 2017

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017

*Texte du projet de loi – n° 4239*

### Article 11 bis

- ① I. – (Non modifié)
- ② II. – Le I s'applique aux revenus de remplacement dont le fait générateur intervient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**Amendement n° 179** présenté par Mme Rabault, Mme Berger, M. Olivier Faure, M. Hammadi, M. Cordery, M. Françaix, M. Premat, Mme Sommaruga, M. Bardy, M. Philippe Baumel, M. Frédéric Barbier, M. Aylagas, M. Dussopt, M. Olive, M. Goldberg, Mme Laclais, Mme Untermaier, M. Sebaoun, Mme Bourguignon, Mme Huillier, Mme Got, Mme Lousteau, Mme Le Dain, Mme Le Dissez, Mme Gaillard, M. Lefait, M. Valax, Mme Récalde, M. Bacquet, Mme Bouziane-Laroussi, M. Raimbourg, M. Verdier, M. Robiliard, Mme Linkenheld, M. Paul, Mme Orphé, M. Fournel, Mme Bruneau, M. Juanico, Mme Bechtel, Mme Khirouni, M. Bies, M. Muet, M. Laurent, M. Vlody, M. Borgel, M. Goasdoué, M. Rodet, Mme Chabanne, Mme Gourjade, M. Germain, M. Destans, Mme Batho, Mme Chapdelaine, M. Assaf, M. Bréhier, M. Bailliart, M. Ménard, M. Delcourt, M. Marsac, Mme Buis, M. William Dumas, Mme Coutelle, Mme Gosselin-Fleury, M. Rouillard, M. Rogemont, M. Savary, M. Guillaume Bachelay, M. Bouillon, M. Villaumé, M. Arnaud Leroy, Mme Martinel, M. Cherki, M. Lemasle, M. Demarthe, M. Mesquida, M. Blein, M. Goua, M. Bricout, M. Franqueville, Mme Fourneyron, Mme Zanetti, M. Terrasse, M. Pouzol, M. Dufau, M. Gauquelin, Mme Fabre, M. Joron, Mme Karine Daniel, Mme Delga, Mme Louis-Carabin, M. Hanotin, Mme Iborra, M. Pueyo, Mme Alaux, M. Travert, Mme Beaubatie, M. Gagnaire, M. Elkouby, Mme Lignières-Cassou, M. Cotel, Mme Pane, Mme Françoise Dubois, M. Colas, Mme Marcel, M. Grandguillaume, Mme Massat, M. Duron, Mme Corre, Mme Berthelot, M. Boudié, Mme Lebranchu, M. Gille, Mme Lepetit, Mme Bouillé, M. Galut, M. Vergnier, M. Roig, Mme Tallard, M. Bapt, Mme Laurence Dumont, Mme Dombre Coste, M. Molac, M. Fourage, M. Lesage, Mme Mazetier, M. Potier, M. Yves Daniel, M. Alexis Bachelay, Mme Reynaud, M. Dosièrre, Mme Crozon, M. Dupré, M. Garot, Mme Le Vern, Mme Martine Faure, M. Bleunven, Mme Povéda, M. Lesterlin, Mme Le Roy,

Mme Dagoma, M. Le Roch, M. Touraine, M. Blazy, M. Léonard, M. Burroni, Mme Florence Delaunay, M. Kemel et Mme Lemorton.

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« revenus de remplacement dont le fait générateur intervient »

les mots :

« contributions dues au titre des revenus versés »

## CHAPITRE II

### Mesures relatives au recouvrement

#### Article 12

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1<sup>o</sup> La section 2 quater du chapitre III bis du titre III du livre Ier est complétée par un article L. 133–6–11 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 133–6–11. – Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant. » ;
- ④ 2<sup>o</sup> Le même chapitre III bis est complété par une section 7 ainsi rédigée :
- ⑤ « Section 7
- ⑥ « *Modernisation et simplification des formalités pour les cotisants ayant recours à un tiers déclarant*
- ⑦ « Art. L. 133–11. – I. – Toute déclaration ou toute formalité sociale incombant aux employeurs et aux travailleurs indépendants en application du présent code peut être effectuée pour leur compte par un tiers.
- ⑧ « La mission confiée au tiers déclarant fait l'objet d'une déclaration effectuée par le cotisant ou, par délégation, par ce tiers auprès d'un organisme désigné par décret. Dans ce cas, le tiers déclarant est réputé accomplir l'ensemble des déclarations ou formalités sociales pour le compte de son client auprès des organismes de sécurité sociale, sauf disposition contraire prévue par les parties ou résiliation du contrat.

- 9 « Le recours à un tiers déclarant ne dispense pas l'employeur ou le travailleur indépendant de répondre, le cas échéant, aux demandes des organismes de sécurité sociale, quel qu'en soit le motif. Sont nulles de plein droit, quelle qu'en soit la forme, les stipulations des conventions qui visent à faire échec à ces demandes.
- 10 « En cas de fraude propre au tiers déclarant ou de complicité de fraude constatées par un organisme de sécurité sociale prévues à l'article L. 114-16-2 du présent code et à l'article 433-17 du code pénal, l'organisme désigné par décret mentionné au deuxième alinéa du présent I lui retire la faculté d'exercer sa mission de mandataire auprès de l'ensemble des organismes de sécurité sociale pour une durée maximale de cinq ans. Il en informe le cotisant sans délai. Le tiers déclarant informe son client de la décision de retrait dans un délai défini par décret en Conseil d'État.
- 11 « II. – Le présent article s'applique sans préjudice des règles applicables en matière de contrôle, de recouvrement et de sanctions mises en œuvre à l'égard de l'employeur ou du travailleur indépendant.
- 12 « III. – Les tiers déclarants sont tenus de procéder aux déclarations pour le calcul des cotisations et contributions sociales et, le cas échéant, au paiement, effectués pour le compte de leurs clients par voie dématérialisée. La méconnaissance de cette obligation entraîne l'application aux tiers déclarants de la majoration prévue au II de l'article L. 133-5-5, calculée à partir des sommes dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Le produit des majorations est versé à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur ou le travailleur indépendant relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.
- 13 « IV. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État, notamment la mission du tiers déclarant et les obligations respectives du tiers déclarant et de l'employeur ou du travailleur indépendant. » ;
- 14 3° La section 3 *bis* du chapitre III du titre IV du livre II est ainsi modifiée :
- 15 a) Après la première occurrence du mot : « cotisant », la fin du deuxième alinéa du I de l'article L. 243-6-3 est ainsi rédigée : « ou un futur cotisant. » ;
- 16 b) Il est ajouté un article L. 243-6-6 ainsi rédigé :
- 17 « *Art. L. 243-6-6.* – Toute démarche réalisée en application de la présente section peut être effectuée par un tiers pour le compte d'un cotisant ou d'un futur cotisant. »
- 18 II et III. – (Non modifiés)
- Article 12 bis (nouveau)**
- 1 I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 1° Le III de l'article L. 136-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 3 « La contribution sociale généralisée due sur les indemnités de congés payés et sur les avantages conventionnels y afférents, servis par les caisses de congés payés en application de l'article L. 3141-32 du code du travail, est précomptée par les caisses de congés payés, responsables du versement des charges citées au 2° de l'article L. 243-1-3 du présent code assises sur ces indemnités et avantages selon les modalités définies au II de l'article 23 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, sous réserve d'exceptions prévues par arrêté. » ;
- 4 2° L'article L. 243-1-3 est ainsi rédigé :
- 5 « *Art. L. 243-1-3.* – Au titre des périodes de congés des salariés des employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail, les cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code sont acquittées dans les conditions suivantes :
- 6 « 1° Les employeurs affiliés aux dites caisses de congés s'acquittent de leurs cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et de leurs versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;
- 7 « 2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, les caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-32 du code du travail effectuent, avant la fin du mois au cours duquel les cotisations leur sont versées, un versement égal au produit du montant des cotisations encaissées par les caisses de congés payés par un taux fixé par décret, en fonction des taux de cotisations et contributions en vigueur. Le cas échéant, ce versement fait l'objet d'un ajustement, dans des conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés. »
- 8 II. – Le II de l'article 23 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 est ainsi rédigé :
- 9 « II. – L'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale s'applique aux périodes d'acquisition de droits à congés postérieures au 1<sup>er</sup> avril 2015 pour les cotisations et contributions mentionnées au 2° du même article L. 243-1-3. Le 1° du I du présent article s'applique à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016. »

**Amendement n° 24 rectifié** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

I. – Substituer aux alinéas 1 à 4 l'alinéa suivant :

« I. – Les trois premiers alinéas de l'article L. 243-1-3 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés : ».

II. – En conséquence, au début de l'alinéa 5, supprimer la référence :

« Art. L. 243-1-3. – ».

### Article 13

- ① I. – Le titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 242-1-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsque la situation relevée concerne un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 133-5-6 du présent code, l'évaluation forfaitaire par salarié est égale à la moitié du plafond retenu au premier alinéa du présent article. » ;
- ⑤ b) Au second alinéa, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux premiers alinéas » ;
- ⑥ 2° L'article L. 243-12-1 est ainsi rédigé :
- ⑦ « Art. L. 243-12-1. – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11 entraîne l'application par le directeur de l'organisme concerné d'une pénalité d'un montant maximal de 3 750 € pour un particulier employeur mentionné aux 3°, 4° ou 6° de l'article L. 133-5-6, de 7 500 € pour un travailleur indépendant au titre de ses cotisations et contributions sociales dues à titre personnel et de 7 500 € par salarié pour un employeur, dans la limite de 750 000 € par employeur. Le plafond du montant de ces pénalités est porté au double en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de cinq ans à compter du jour où la pénalité concernant un précédent manquement est devenue définitive.
- ⑧ « L'obstacle à contrôle mentionné au premier alinéa du présent article est caractérisé par des actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées par les agents, quel que soit leur cadre d'action, consistant notamment à refuser l'accès à des lieux professionnels, à refuser de communiquer une information formellement sollicitée, quel qu'en soit le support, y compris dématérialisé, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à ne pas répondre à une convocation, dès lors que la sollicitation, demande ou convocation est nécessaire à l'exercice du contrôle.
- ⑨ « Pour fixer le montant de la pénalité, le directeur de l'organisme prend en compte les circonstances et la gravité du manquement.
- ⑩ « Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites dans un délai fixé par décret en Conseil d'État. À l'issue de ce délai et après avoir répondu auxdites observations, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé par la mise en demeure mentionnée à l'article L. 244-2, en lui indiquant les voies et délais de recours applicables.
- ⑪ « L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit dans le délai fixé à l'article L. 244-8-1 à compter de l'expiration du délai mentionné à l'article L. 244-2.
- ⑫ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »
- ⑬ II. – Le titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑭ 1° Le 11° de l'article L. 723-11 est ainsi modifié :
- ⑮ a) À la première phrase, les mots : « sur le service des prestations » sont supprimés ;
- ⑯ b) Sont ajoutés les mots : « et au recouvrement des cotisations » ;
- ⑰ 2° L'article L. 724-9 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Après la référence : « L. 724-8 », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « du présent code bénéficiant dans le cadre de leurs fonctions de la protection mentionnée à l'article L. 243-12-3 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑲ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « L'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole. » ;
- ㉑ 3° L'article L. 724-13 est ainsi rédigé :
- ㉒ « Art. L. 724-13. – I. – En cas d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7 dans leur mission de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des personnes non salariées agricoles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 731-23, ou des agents mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 724-8, l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est applicable au régime agricole, sous réserve des adaptations suivantes :
- ㉓ « 1° Le particulier employeur mentionné au premier alinéa de l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du présent code ;
- ㉔ « 2° Le travailleur indépendant mentionné au même premier alinéa est remplacé par les personnes mentionnées à l'article L. 722-1.
- ㉕ « II. – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 724-7, dans le cadre des opérations de contrôle portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit en vue de

bénéficiaire des prestations servies au titre des différentes branches des régimes de protection sociale des non-salariés et des salariés agricoles mentionnées aux articles L. 722-8, L. 722-27 et L. 732-56 ou de bénéficiaire des mesures prévues aux articles L. 726-1 et L. 726-3 entraîne l'application des pénalités prévues aux articles L. 114-17 et L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale dans les conditions fixées aux mêmes articles L. 114-17 et L. 114-17-1.

- 26 « III. – Les peines prévues à l'article L. 8114-1 du code du travail sont applicables en cas d'obstacle à fonctions des agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 724-8 du présent code. »

#### Article 14

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

- 2 1<sup>o</sup> La section 1 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est ainsi modifiée :

- 3 a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Recouvrement des créances en matière de travail illégal » ;

- 4 b) *(Supprimé)*

- 5 c) L'article L. 133-1 est ainsi rédigé :

- 6 « Art. L. 133-1. – I. – Lorsqu'un procès-verbal de travail dissimulé a été établi par les agents chargés du contrôle mentionnés au premier alinéa de l'article L. 243-7 ou transmis aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime en application de l'article L. 8271-6-4 du code du travail, l'inspecteur du recouvrement remet à la personne contrôlée un document constatant cette situation et comportant l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées, des majorations prévues à l'article L. 243-7-7 du présent code et, le cas échéant, des majorations et pénalités afférentes, ainsi que du montant des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales dont a pu bénéficier le débiteur annulées en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-2.

- 7 « Ce document fait état de l'ensemble des dispositions légales applicables à cette infraction, notamment des majorations et pénalités afférentes. Il mentionne notamment les dispositions du II du présent article ainsi que les voies et délais de recours applicables. Ce document est signé par l'inspecteur.

- 8 « II. – À la suite de la remise du document mentionné au I, la personne contrôlée produit des éléments justifiant, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État, de l'existence de garanties suffisantes à couvrir les montants évalués. À défaut, le directeur de l'organisme de recouvrement peut procéder, sans solliciter l'autorisation du juge prévue au premier alinéa de l'article L. 511-1 du code des procédures civiles d'exécution, à une ou plusieurs des mesures conservatoires mentionnées aux articles L. 521-1 à L. 533-1 du même code, dans la limite des montants mentionnés au I du présent article.

- 9 « À tout moment de la procédure, la personne contrôlée peut solliciter la mainlevée des mesures conservatoires prises à son encontre en apportant auprès du directeur de l'organisme des garanties suffisantes de paiement.

- 10 « III. – La décision du directeur de l'organisme peut être contestée selon les dispositions applicables à la saisine en urgence du juge de l'exécution prévues au code des procédures civiles d'exécution. Le juge statue au plus tard dans un délai de quinze jours. Le juge peut donner mainlevée de la mesure conservatoire, notamment s'il apparaît que les conditions de mise en œuvre des mesures ne sont pas respectées ou s'il estime que les garanties produites par la personne contrôlée sont suffisantes. Le recours n'a pas d'effet suspensif. » ;

- 11 2<sup>o</sup> L'article L. 133-4-2 est ainsi modifié :

- 12 a) Après les mots : « indépendant, est », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « supprimé en cas de constat des infractions mentionnées aux 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> de l'article L. 8211-1 du code du travail. » ;

- 13 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- 14 « Les deuxième et troisième alinéas du présent article sont applicables en cas de constat, dans les conditions prévues aux articles L. 8271-1 à L. 8271-6-3 du code du travail, des infractions mentionnées aux 2<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> de l'article L. 8211-1 du même code. » ;

- 15 2<sup>o bis</sup> À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-5, les mots : « deux derniers alinéas » sont remplacés par les mots : « deuxième et troisième alinéas » ;

- 16 3<sup>o</sup> La section 3 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par des articles L. 133-4-9 et L. 133-4-10 ainsi rédigés :

- 17 « Art. L. 133-4-9. – Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire, au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les organismes de recouvrement et les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale habilités à décerner une contrainte peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur de verser au lieu et place de celui-ci auxdits organismes les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard ou des prestations indûment versées.

- 18 « L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites sommes, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article L. 211-2 du code des procédures civiles d'exécution à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions

établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

- ①9 « Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. À peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :
- ②0 « 1<sup>o</sup> Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel a été établie une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;
- ②1 « 2<sup>o</sup> Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.
- ②2 « Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 162-1, L. 162-2 et L. 211-3 du code des procédures civiles d'exécution.
- ②3 « Le présent article n'est pas applicable aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues aux articles L. 3252-1 à L. 3252-13 du code du travail.
- ②4 « *Art. L. 133-4-10.* – Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées aux articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel. » ;
- ②5 3<sup>o</sup> *bis* (*Supprimé*)
- ②6 4<sup>o</sup> Au 2<sup>o</sup> du V de l'article L. 136-5 et à la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 242-11, la référence : « L. 652-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-9 » ;
- ②7 5<sup>o</sup> À l'article L. 242-1-1, les mots : « de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » sont remplacés par les mots : « des infractions mentionnées aux 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> de l'article L. 8211-1 » ;
- ②8 6<sup>o</sup> Aux articles L. 243-2 et L. 651-7, la référence : « L. 133-1 » est remplacée par la référence : « L. 133-4-10 » ;
- ②9 7<sup>o</sup> L'article L. 243-3-1 est abrogé ;
- ③0 8<sup>o</sup> Après l'article L. 243-7, il est inséré un article L. 243-7-1 A ainsi rédigé :
- ③1 « *Art. L. 243-7-1 A.* – À l'issue d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, l'agent chargé du contrôle adresse à la personne contrôlée une lettre mentionnant, s'il y a lieu, les observations constatées au cours du contrôle et engageant la période contradictoire préalable à l'envoi de toute mise en demeure ou avertissement en application de l'article L. 244-2. » ;
- ③2 9<sup>o</sup> L'article L. 243-7-4 est abrogé ;
- ③3 10<sup>o</sup> À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 244-2, la référence : « L. 244-11 » est remplacée par la référence : « L. 244-8-1 » ;
- ③4 11<sup>o</sup> L'article L. 244-3 est ainsi rédigé :
- ③5 « *Art. L. 244-3.* – Les cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Pour les cotisations et contributions sociales dont sont redevables les travailleurs indépendants, cette durée s'apprécie à compter du 30 juin de l'année qui suit l'année au titre de laquelle elles sont dues.
- ③6 « Dans le cas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7, le délai de prescription des cotisations, contributions, majorations et pénalités de retard est suspendu pendant la période contradictoire mentionnée à l'article L. 243-7-1 A.
- ③7 « Les majorations de retard correspondant aux cotisations et contributions payées ou à celles dues dans le délai fixé au premier alinéa du présent article se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu le paiement ou l'exigibilité des cotisations et contributions qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.
- ③8 « Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales se prescrivent par trois ans à compter de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu la production de ces déclarations ou, à défaut, à compter, selon le cas, de la fin de l'année au cours de laquelle a eu lieu la notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2. » ;
- ③9 12<sup>o</sup> Après l'article L. 244-8, il est inséré un article L. 244-8-1 ainsi rédigé :
- ④0 « *Art. L. 244-8-1.* – Le délai de prescription de l'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, est de trois ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3. » ;
- ④1 13<sup>o</sup> L'article L. 244-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④2 « Le délai de prescription de l'action en exécution de la contrainte non contestée et devenue définitive est de trois ans à compter de la date à laquelle la contrainte a été notifiée ou signifiée, ou un acte d'exécution signifié en application de cette contrainte. » ;
- ④3 14<sup>o</sup> L'article L. 244-11 est ainsi rédigé :

- 44 « Art. L. 244-11. – En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal, les délais mentionnés aux articles L. 244-3, L. 244-8-1 et L. 244-9 sont portés à cinq ans. » ;
- 45 15° À l'article L. 382-29, les références : « L. 244-9 à L. 244-11 » sont remplacées par les références : « L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-10 » ;
- 46 16° À la fin de l'article L. 651-7, les références : « L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14 » sont remplacées par les références : « L. 133-3, L. 133-4-10, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-8-1, L. 244-9 et L. 244-12 à L. 244-14 » ;
- 47 17° L'article L. 652-3 est abrogé.
- 48 II et III. – (Non modifiés)
- 49 IV. – Le présent article s'applique aux contrôles engagés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, sous les réserves suivantes :
- 50 1° Le 8°, le 11°, à l'exception des trois derniers alinéas, et les 12° à 14° du I ainsi que le II, à l'exception du troisième alinéa du 4°, s'appliquent aux cotisations et contributions sociales au titre desquelles une mise en demeure a été notifiée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- 51 2° Les deux derniers alinéas du 11° du I s'appliquent aux majorations de retard et pénalités dues à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- 52 3° Les dispositions du présent article qui réduisent la durée de la prescription s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 aux créances ayant fait l'objet de mises en demeure notifiées avant cette même date, sans que la durée totale puisse excéder la durée prévue par la loi antérieure.

**Article 14 bis**  
(Supprimé)

**Amendement n° 1** présenté par M. Pupponi, Mme Laclais et Mme Crozon.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« L'article 122 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 est ainsi modifié :

« 1°. Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes mentionnées au premier alinéa peuvent bénéficier, au titre de leurs périodes d'activité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2014, d'une prise en charge totale ou partielle de leur dette sociale, dans la limite de 10 000 €. » ;

« 2° À la première phrase du III, après la seconde occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , constituée au titre des périodes d'activité comprises entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 2015, » ;

« 3° Le IV est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, les mots : « de l'aide et de l'annulation » sont remplacés par les mots : « des dispositions » ;

« b) Les 2° et 3° sont abrogés ;

« c) Le 4° est ainsi modifié :

« - À la fin du deuxième alinéa, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2014 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2016 » ;

« - À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « en tout ou partie par un versement complémentaire et pour le reste » sont supprimés ;

« - La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;

« d) Au 6°, la date : « 31 décembre 2013 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2015 » ;

« 4° Au V, les mots : « des I et » sont remplacés par le mot : « du » ;

« 5° Le VI est abrogé. »

**Article 14 ter**

1 L'article 31 de la loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises est complété par un alinéa ainsi rédigé :

2 « Ces autorisations, ou celles valablement données aux organismes et administrations mentionnés au premier alinéa du présent article entre l'entrée en vigueur de la présente loi et celle de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017, demeurent valides pour tout autre instrument de prélèvement conforme au règlement mentionné au même premier alinéa, en cas d'opération de changement d'instrument de prélèvement conduite par ces mêmes organismes et administrations. »

**Article 15**

1 I. – Après l'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-15-1 ainsi rédigé :

2 « Art. L. 114-15-1. – Les travailleurs salariés ou non salariés qui exercent une activité en France tout en relevant de la législation de sécurité sociale d'un État autre que la France ou, à défaut, leur employeur ou son représentant en France doivent tenir à la disposition des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, sur le lieu d'exécution du travail et chez la personne mentionnée à l'article L. 8222-1 du code du travail, le formulaire concernant la législation de sécurité sociale applicable prévu par les règlements européens et les conventions internationales en vigueur portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

3 « Le défaut de production de ce document, lors du contrôle, par le travailleur, l'employeur ou son représentant en France ou la personne mentionnée au même article L. 8222-1 entraîne l'application d'une pénalité.

4 « La pénalité mentionnée au deuxième alinéa du présent article est fixée pour chaque travailleur concerné à hauteur du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur. Ce montant est doublé en cas de nouveau manquement constaté dans un délai de deux ans à compter de la notification de la pénalité concernant un précédent manquement.

5 « La pénalité est due par la personne mentionnée audit article L. 8222-1.

- ⑥ « La pénalité n'est pas applicable en cas de production, lors du contrôle, d'un justificatif attestant du dépôt de la demande d'obtention du formulaire mentionné au premier alinéa du présent article, suivie de la production, dans un délai de deux mois à compter du contrôle, du formulaire délivré à la suite de cette demande.
- ⑦ « La pénalité est recouvrée par les organismes en charge du recouvrement des cotisations ou contributions de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement de ces cotisations ou contributions. »
- ⑧ II. – (Non modifié)

### CHAPITRE III

#### Dispositions contribuant au financement de l'assurance-maladie

##### Article 16 (Supprimé)

**Amendement n° 25** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac

« *Art. L. 137–27.* – Les fournisseurs agréés de tabacs manufacturés mentionnés au 1 de l'article 565 du code général des impôts sont soumis à une contribution sociale sur leur chiffre d'affaires. Le produit de cette contribution est affecté à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.

« Le fait générateur de la contribution et son exigibilité sont ceux prévus à l'article 298 *quaterdecies* du même code.

« L'assiette de la contribution est constituée par le montant total du chiffre d'affaires du redevable relatif à la commercialisation des tabacs manufacturés, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisé en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion, déduction faite de la remise consentie par ce redevable aux débiteurs en application du 3<sup>o</sup> du I de l'article 570 dudit code et du droit de consommation prévu aux articles 575 ou 575 E du même code.

« Le taux de la contribution est fixé à 5,6 %.

« *Art. L. 137–28.* – La contribution exigible au cours d'une année civile est déclarée en une seule fois par les redevables sur l'annexe à la déclaration de chiffre d'affaires prévue au 1 de l'article 287 du code général des impôts et déposée dans les délais prévus pour les opérations réalisées au cours du mois de mars ou du premier trimestre de l'année civile suivante. La contribution est acquittée lors du dépôt de la déclaration.

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A du même code déclarent et acquittent en une seule fois la contribution exigible au cours

d'une période lors du dépôt de la déclaration portant sur les opérations de cette période mentionnée au 3 de l'article 287 dudit code.

« *Art. L. 137–29.* – La contribution mentionnée à l'article L. 137–27 est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées et le droit de reprise de l'administration s'exerce selon les règles applicables à cette même taxe. »

**Sous-amendement n° 189** présenté par M. Cinieri, M. Wauquiez, M. Straumann, M. Philippe Armand Martin, M. Abad, M. Lazaro, M. Vitel, M. Salen, M. Furst, M. Dive, M. Decool, M. Delatte, M. Hillmeyer, Mme Pons, M. Gérard, M. Cochet, M. Quentin, M. Lett, M. Courtial, M. Costes, M. Guibal, Mme Zimmermann, M. Gandolfi-Scheit, M. Reitzer, M. Suguenot, M. Christ, Mme Marianne Dubois, M. Breton, M. Schneider, M. Ginesy, M. Bouchet, M. Marlin, M. Reiss, Mme Fort, Mme Genevard et M. Jean-Pierre Vigier.

Au début de l'alinéa 5, insérer les mots :

« À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, ».

**Sous-amendement n° 186** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 7 :

« L'assiette de la contribution est constituée par la valeur, déterminée par leur prix de vente au public, des tabacs manufacturés commercialisés en France métropolitaine et en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à Mayotte et à La Réunion. ».

II. – En conséquence, à la fin de l'alinéa 8, substituer au taux :

« 5,6 % »

le taux :

« 0,8 % ».

**Sous-amendement n° 232** présenté par M. Tian et M. Hetzel.

À l'alinéa 7, substituer aux mots :

« le montant total »

les mots : « la fraction excédant 19 millions d'euros ».

**Sous-amendement n° 184** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

À l'alinéa 7, après la première occurrence du mot :

« redevable »,

insérer les mots :

« , après application d'un abattement de 19 millions d'euros, ».

**Sous-amendement n° 185** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

À l'alinéa 7, après la première occurrence du mot :

« redevable »,

insérer les mots :

« , après application d'un abattement de 5 millions d'euros, ».

**Sous-amendement n° 233** présenté par M. Tian et M. Hetzel.

Compléter l'alinéa 7 par les mots :  
« ainsi que des droits de douane ».

**Sous-amendement n° 235** présenté par M. Tian et M. Hetzel.

Compléter l'alinéa 7 par la phase suivante :  
« Les modalités d'application de répercussion de la contribution sociale sont précisées par décret. »

**Sous-amendement n° 234** présenté par M. Tian et M. Hetzel.

Après l'alinéa 10, insérer l'alinéa suivant :  
« Dans le cas où le redevable répercute cette contribution sociale auprès des fabricants de tabac, il calcule la part de chacun de ceux-ci au prorata du volume distribué par l'ensemble des fournisseurs agréés. »

*Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 182** présenté par M. Lurton, n° 195 présenté par Mme Orliac, M. Giraud, Mme Dubié, M. Charasse, M. Claireaux, M. Falorni, M. Giacobbi, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André et M. Schwartzberg.

Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :  
« Art. L. 137-30. – La contribution visée à l'article L. 137-27 s'applique aux opérations visées au II de l'article 298 *quaterdecies* du code général des impôts réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

*Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 183** présenté par M. Lurton, n° 188 présenté par M. Cinieri, M. Wauquiez, M. Straumann, M. Philippe Armand Martin, M. Abad, M. Lazaro, M. Vitel, M. Salen, M. Furst, M. Dive, M. Decool, M. Delatte, M. Hillmeyer, Mme Pons, M. Gérard, M. Cochet, M. Quentin, M. Lett, M. Courtial, M. Costes, M. Guibal, Mme Zimmermann, M. Gandolfi-Scheit, M. Reitzer, M. Suguenot, M. Christ, Mme Marianne Dubois, M. Breton, M. Schneider, M. Ginesy, M. Bouchet, M. Marlin, M. Reiss, Mme Fort, Mme Genevard et M. Jean-Pierre Vigier, n° 196 présenté par Mme Orliac, M. Giraud, Mme Dubié, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, M. Falorni, M. Giacobbi, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André et M. Schwartzberg.

Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :  
« Art. L. 137-30. – La contribution visée à l'article L. 137-27 s'applique aux opérations visées au II de l'article 298 *quaterdecies* du code général des impôts réalisées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

*Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 194** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy et n° 216 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton et M. Viala.

Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :  
« II. – Cet article entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. »

**Sous-amendement n° 257** présenté par le Gouvernement.  
Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

« II.- La répercussion de la contribution mentionnée à l'article L. 131-27 sur les producteurs auprès desquels un fournisseur agréé de tabacs manufacturés mentionné au 1 de l'article 565 du code général des impôts s'approvisionne ne peut avoir pour effet, pour des produits du tabac d'un même groupe dont le conditionnement et le prix de vente au détail sont identiques, de conduire à ce que la part nette de ce prix attribuée aux différents producteurs diffère de plus de 5 % . »

#### **Article 17** **(Conforme)**

#### **Article 18**

- ① I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1<sup>o</sup> L'article L. 138-10 est ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 138-10. – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux L déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à ce taux d'évolution.
- ④ « II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :
- ⑤ « 1<sup>o</sup> Ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- ⑥ « 2<sup>o</sup> Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;
- ⑦ « 3<sup>o</sup> Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-5-2 du présent code.
- ⑧ « Ne sont toutefois pas pris en compte :
- ⑨ « – les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;
- ⑩ « – les spécialités génériques définies au a du 5<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de



laquelle la contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5<sup>o</sup> du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

- ⑪ « III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que la contribution prévue au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. » ;
- ⑫ 2<sup>o</sup> L'article L. 138-11 est ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 138-11.* – L'assiette de la contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;
- ⑭ 3<sup>o</sup> L'article L. 138-12 est ainsi modifié :
- ⑮ *a et b) (Supprimés)*
- ⑯ *c)* Au dernier alinéa, les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;
- ⑰ 4<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> *bis* (Supprimés)
- ⑱ 5<sup>o</sup> L'article L. 138-15 est ainsi modifié :
- ⑲ *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑳ « Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;
- ㉑ *b)* Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ㉒ *c)* (Supprimé)
- ㉓ 6<sup>o</sup> (Supprimé)
- ㉔ B. – Pour l'année 2017, le taux L mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 1 %.
- ㉕ II. – (Supprimé)
- ㉖ III (*nouveau*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ㉗ 1<sup>o</sup> La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> est abrogée ;
- ㉘ 2<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article L. 138-20, la référence : « L. 138-19-1, » est supprimée.
- ㉙ IV (*nouveau*). – Le III du présent article entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.
- ㉚ V (*nouveau*). – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale, d'une part, de la fixation à 1 % du taux L global et, d'autre part, de l'évolution de l'assiette prise en compte pour l'établissement de la clause

de sauvegarde de la suppression du mécanisme W est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Amendement n° 26** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rédiger ainsi cet article :

« I. – A. – La section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« 1<sup>o</sup> L'article L. 138-10 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-10.* – I. – Lorsque les chiffres d'affaires hors taxes réalisés au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments mentionnés au II du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, ont respectivement évolué de plus d'un taux (Lv) ou d'un taux (Lh), déterminés par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport aux mêmes chiffres d'affaires respectifs réalisés l'année précédente, minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ces entreprises sont assujetties à des contributions liées à chacun de ces taux d'évolution.

« II. – Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont :

« 1<sup>o</sup> S'agissant du taux (Lv), ceux inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 2<sup>o</sup> S'agissant du taux (Lh) :

« *a)* Ceux inscrits sur les listes prévues à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« *b)* Ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« *c)* Ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

« Ne sont toutefois pas pris en compte :

« – Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins et pour lesquels le chiffre d'affaires total, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

« – Les spécialités génériques définies au *a* du 5<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle chaque contribution est due, sont remboursées sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au *a* du 5<sup>o</sup> du même article L. 5121-1 est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

« III. – Les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du présent code ainsi que les contributions prévues au présent article s'imputent sur le chiffre d'affaires au titre duquel elles sont dues. Pour chaque année civile considérée, dans le cas où un médicament relève simultanément ou consécutivement

des taux d'évolution (Lv) et (Lh), les chiffres d'affaires mentionnés au I du présent article sont répartis au prorata des montants remboursés pour ce médicament par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre, respectivement, des 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du II. » ;

« 2<sup>o</sup> L'article L. 138-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-11.* – L'assiette de chaque contribution définie à l'article L. 138-10 est égale aux chiffres d'affaires respectifs de l'année civile mentionnés au I du même article L. 138-10. » ;

« 3<sup>o</sup> L'article L. 138-12 est ainsi modifié :

« *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Le montant total de chaque contribution est calculé comme suit, en prenant comme taux (L) mentionné dans le tableau ci-dessous soit le taux (Lv) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 1<sup>o</sup> du II de l'article L. 138-10, soit le taux (Lh) s'agissant du chiffre d'affaires des médicaments mentionnés au 2<sup>o</sup> du même II : » ;

« *b)* La première phrase du troisième alinéa est ainsi modifiée :

« – Au début, le mot : « La » est remplacé par le mot : « Chaque » ;

« – Après la première occurrence des mots : « chiffre d'affaires », est inséré le mot : « respectif » ;

« *c)* Au dernier alinéa, les mots : « de la contribution due » sont remplacés par les mots : « des contributions dues » et les mots : « dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

« 4<sup>o</sup> L'article L. 138-13 est ainsi modifié :

« *a)* À la première phrase du premier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, quatre fois, par les mots : « chaque contribution » ;

« *b)* Aux première et seconde phrases du second alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, deux fois, par les mots : « chaque contribution » ;

« 4<sup>o</sup> *bis* À l'article L. 138-14, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » ;

« 5<sup>o</sup> L'article L. 138-15 est ainsi modifié :

« *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les contributions dues par chaque entreprise redevable font l'objet d'un versement au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet suivant l'année civile au titre de laquelle les contributions sont dues. » ;

« *b)* Le deuxième alinéa est supprimé ;

« *c)* Au dernier alinéa, les mots : « la contribution » sont remplacés, par deux fois, par les mots : « chaque contribution » et, après les mots : « chiffre d'affaires », il est inséré le mot : « respectif » ;

« 6<sup>o</sup> L'article L. 138-16 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-16.* – Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13, dû au titre du taux (Lv), est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Le produit de la contribution et des remises mentionnées au même article L. 138-13, dû au titre du taux (Lh), est affecté au Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique mentionné à l'article L. 221-1-1. »

« B. – Pour l'année 2017, les taux (Lv) et (Lh) mentionnés à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 0 % et à 2 %.

« II. – A. – La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« 1<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, les mots : « et dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « , en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, » et la référence : « L. 138-19-4, » est supprimée ;

« 2<sup>o</sup> L'article L. 138-19-3 est ainsi modifié :

« *a)* La seconde phrase du troisième alinéa est supprimée ;

« *b)* À la seconde phrase du dernier alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « chaque » et sont ajoutés les mots : « , au prorata des montants de chaque contribution dus par l'entreprise » ;

« 3<sup>o</sup> L'article L. 138-19-4 est abrogé ;

« 4<sup>o</sup> À l'article L. 138-19-7, les mots : « et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 » sont supprimés.

« B. – Les articles L. 138-19-1, L. 138-19-3, L. 138-19-7 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du présent article, et L. 138-19-2, L. 138-19-5 et L. 138-19-6 du même code s'appliquent pour l'année 2017.

« Pour l'année 2017, le montant W mentionné aux articles L. 138-19-1 et L. 138-19-3 du même code est fixé à 600 millions d'euros. »

*Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 190** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy, n° 197 présenté par Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret et n° 214 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton et M. Viala.

I. – À l'alinéa 4, supprimer les mots :

« minorés des remises mentionnées à l'article L. 138-13 et des contributions prévues au présent article, ».

II. – Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

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

#### **Article 18 bis (nouveau)**

① I. – Après le premier alinéa de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Le montant des ventes de spécialités génériques définies au *a* du 5<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et inscrites au répertoire des groupes génériques n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution. »

- ③ II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**Amendement n° 27** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer cet article.

**Article 19**  
(*Conforme*)

**Article 19 bis**  
(*Supprimé*)

**Amendement n° 157 deuxième rectification** présenté par M. Germain, M. Cherki, Mme Alaux, M. Assaf, M. Philippe Baumel, Mme Bouziane-Laroussi, M. Bréhier, Mme Chabanne, M. Cresta, Mme Crozon, Mme Florence Delaunay, Mme Dombre Coste, Mme Sandrine Doucet, Mme Martine Faure, M. Ferrand, M. Galut, Mme Gourjade, Mme Guittet, M. Hamon, Mme Huillier, M. Joron, M. Juanico, Mme Khirouni, M. Lamy, Mme Le Dissez, Mme Le Vern, Mme Lemorton, M. Léonard, M. Liebgott, Mme Lousteau, Mme Marcel, M. Marsac, M. Muet, M. Paul, M. Pellois, M. Pouzol, M. Premat, M. Robiliard, M. Roig, Mme Romagnan, M. Sebaoun, Mme Tallard, Mme Untermaier, M. Verdier et M. Vlody.

« Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence, lorsqu'elles n'avaient pas, antérieurement à la date d'effet de celui-ci, adhéré ou souscrit un contrat de même objet auprès d'un organisme différent de celui prévu par cet accord, sauf si l'adhésion ou la souscription de ce contrat résultait d'un dispositif de mutualisation mis en place en application du présent alinéa. »

« 2° Au premier alinéa du II, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation ».

« 3° À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».

**Amendement n° 163** présenté par Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne, M. Nilor, M. Sansu et M. Serville.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« I. – Après le deuxième alinéa du I, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords peuvent également prévoir la mutualisation de la couverture des risques décès, incapacité, invalidité ou inaptitude. À cette fin, dans le respect des conditions définies au II, ils peuvent organiser la sélection d'au moins deux organismes mentionnés à l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances permettant la mutualisation d'un socle commun de garanties défini par l'accord à travers des contrats de référence. Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord ont l'obligation de souscrire un des contrats de référence, à l'exception de celles qui ont conclu un accord collectif antérieur de même objet.

« II. – Au premier alinéa du II, après les mots : « la recommandation », sont insérés les mots : « ou la mutualisation ».

IV. – À la première phrase du III, après le mot : « recommandation », sont insérés les mots : « ou de la mutualisation ».

**Article 19 ter**  
(*Conforme*)

TITRE II

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

**Article 20**

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

② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 131-7 est complété par les mots : « , et à la réduction de cotisation mentionnée à l'article L. 612-5, dans sa rédaction résultant de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017 » ;

③ 2° L'article L. 131-8 est ainsi modifié :

④ a) Le 1° est ainsi modifié :

⑤ – à la fin du deuxième alinéa, le taux : « 61,1 % » est remplacé par le taux : « 38,48 % » ;

⑥ – à la fin du troisième alinéa, le taux : « 19,2 % » est remplacé par le taux : « 38,65 % » ;

⑦ – à la fin de l'avant-dernier alinéa, le taux : « 17,2 % » est remplacé par le taux : « 22,87 % » ;

⑧ – le dernier alinéa est supprimé ;

⑨ b) Le 7° est ainsi modifié :

⑩ – à la fin du a, le taux : « 57,28 % » est remplacé par le taux : « 99,75 % » ;

⑪ – les b à i sont abrogés ;

⑫ – le j devient le b ;

⑬ 3° L'article L. 135-2 est ainsi modifié :

- 14 a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- 15 « Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse comprennent : » ;
- 16 b) Le 10° du I et les II à IV sont abrogés ;
- 17 4° L'article L. 135-3 est ainsi modifié :
- 18 a) Au premier alinéa du I, les mots : « au I de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- 19 b) Les II et III sont abrogés ;
- 20 5° Le premier alinéa du 4° du IV de l'article L. 136-8 est ainsi rédigé :
- 21 « Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour la contribution sur les revenus d'activité en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime ou, pour la contribution assise sur les autres revenus, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou, lorsqu'un régime n'est pas intégré financièrement au sens de l'article L. 134-4 du présent code, à ce même régime, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : » ;
- 22 5° *bis* (nouveau) Après le mot : « ristournes », la fin du 4° de l'article L. 143-1 est ainsi rédigée : « et l'imposition de cotisations supplémentaires ; »
- 23 6° Au 5° de l'article L. 223-1, après le mot : « agricoles », sont insérés les mots : « , le régime des exploitants agricoles » ;
- 24 7° Le 4° du IV de l'article L. 241-2 est abrogé ;
- 25 8° L'article L. 241-3 est ainsi modifié :
- 26 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une fraction du produit » sont remplacés par les mots : « le produit » et les mots : « , fixée à l'article L. 651-2-1 » sont supprimés ;
- 27 b) Avant le dernier alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :
- 28 « La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par :
- 29 « 1° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;
- 30 « 2° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente ans ;
- 31 « 3° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du même code ;
- 32 « 4° Les sommes acquises à l'État en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;
- 33 « 5° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;
- 34 « 6° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques. » ;
- 35 9° Le II de l'article L. 245-16 est ainsi modifié :
- 36 a) Au deuxième alinéa, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,38 % » ;
- 37 b) Au dernier alinéa, le taux : « 3,35 % » est remplacé par le taux : « 3,12 % » ;
- 38 9° *bis* Au début du premier alinéa de l'article L. 251-6-1, sont ajoutés les mots : « Lorsque le solde moyen de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dernier exercice clos est positif, » ;
- 39 10° Le premier alinéa de l'article L. 413-6 est ainsi rédigé :
- 40 « Les prestations accordées en application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont, selon le cas, à la charge soit de l'État employeur, soit des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4. L'État ou ces caisses sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables. » ;
- 41 11° L'article L. 413-10 est ainsi modifié :
- 42 a) À la fin du troisième alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit des caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;
- 43 b) À la fin du dernier alinéa, les mots : « le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 du code rural » sont remplacés par les mots : « les caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 du présent code, soit par les caisses mentionnées à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime » ;
- 44 12° L'article L. 413-11-2 est ainsi modifié :
- 45 a) À la fin du premier alinéa, les mots : « du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « des caisses mentionnées aux articles L. 211-1, L. 215-5 et L. 752-4 » ;

- 46) *b)* Au second alinéa, les mots : « le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé » sont remplacés par les mots : « les caisses sont subrogées » ;
- 47) 13° L'article L. 437-1 est ainsi modifié :
- 48) *a)* À la fin du premier alinéa, les mots : « sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole » sont supprimés ;
- 49) *b)* Le second alinéa est supprimé ;
- 50) 13° *bis* À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 633-10, le mot : « avant-dernier » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- 51) 14° Le deuxième alinéa de l'article L. 635-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 52) « Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse du régime social des indépendants assure le financement des pensions versées aux bénéficiaires du régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment. » ;
- 53) 15° L'article L. 651-2-1 est ainsi rédigé :
- 54) « *Art. L. 651-2-1.* – Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2. » ;
- 55) 15° *bis* Après la référence : « L. 862-4 », la fin de l'article L. 862-3 est supprimée ;
- 56) 16° Le IV de l'article L. 862-4 est ainsi rédigé :
- 57) « IV. – Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II *bis* du présent article, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II *bis* est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté à ce même fonds pour une fraction fixée à 20,18 % et à la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour une fraction fixée à 79,82 %. »
- 58) II à VII. – (Non modifiés)
- 59) VIII. – Les recettes mises en réserve mentionnées au III de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, font l'objet, au plus tard le 31 janvier 2017, d'un prélèvement au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code affecté à la prise en charge assurée par ce fonds de la fraction de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 dudit code. Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du même code.
- 60) IX, IX bis et X. – (Non modifiés)

**Amendement n° 228** présenté par le Gouvernement.

I. – À la fin de l'alinéa 6, substituer au taux :

« 38,65 % »

le taux :

« 38,74 % ».

II. – En conséquence, à la fin de l'alinéa 7, substituer au taux :

« 22,87 % »

le taux :

« 22,78 % ».

**Amendement n° 28** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Rédiger ainsi l'alinéa 16 :

« *b)* Les II à IV sont abrogés ; »

**Amendement n° 89** présenté par Mme Rabault et Mme Berger.

Après le mot : « ou », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 21 :

« à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour la contribution assise sur les autres revenus, dans des conditions fixées par décret, et pour la part correspondant à un taux de : »

**Amendement n° 116** présenté par Mme Huillier.

Le trente-sixième alinéa de l'alinéa 58 est complété par les mots :

« pris après avis du conseil mentionné à l'article L. 14-10-3 du même code ».

**Amendement n° 29** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Après le mot : « le », rédiger ainsi la fin de la première phrase de l'alinéa 59 :

« 30 juin 2017, d'un prélèvement au profit de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du même code, à hauteur du montant constaté au 31 décembre 2016, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. »

**Amendement n° 110** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Supprimer les premier et deuxième alinéas de l'alinéa 60.

**Article 21**  
(*Conforme*)

**Article 22**  
(*Supprimé*)

**Amendement n° 30** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

<i>(en milliards d'euros)</i>	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,5	207,1	-2,6
Vieillesse	232,2	230,6	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,2	13,5	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	487,1	487,4	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	483,7	487,8	-4,1

. »

**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**  
(Supprimé)

**Article 23**  
(Supprimé)

**Amendement n° 249** présenté par le Gouvernement.

I. – Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

«

<i>(en milliards d'euros)</i>	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	205,9	-2,6
Vieillesse	126,5	125,0	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	379,5	379,9	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	377,6	381,8	-4,2

».

II. – En conséquence, rétablir l'annexe C dans la rédaction suivante :

« 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. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

**Exercice 2017**

<i>en Md€</i>							
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et FSV
Cotisations effectives	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8

Cotisations prises en charge par l'Etat	3,3	2,7	1,0	0,1	7,1	0,0	7,1
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,5	19,3	7,5	0,0	59,3	6,5	65,8
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2
<b>Recettes</b>	<b>204,5</b>	<b>232,2</b>	<b>49,9</b>	<b>14,2</b>	<b>487,1</b>	<b>15,7</b>	<b>483,7</b>

II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

### Exercice 2017

<i>en Md€</i>							
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail maladies professionnelles	Régime général	Fonds de solidarité vieillesse	Régime général et FSV
Cotisations effectives	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,3	2,4	1,0	0,1	6,7	0,0	6,7
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	70,9	0,0	10,2	0,0	80,8	9,6	90,3
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,5	14,6	7,5	0,0	54,6	6,5	61,0
Charges liées au non recouvrement	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
<b>Recettes</b>	<b>203,2</b>	<b>126,5</b>	<b>49,9</b>	<b>12,8</b>	<b>379,5</b>	<b>15,7</b>	<b>377,6</b>

III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

<i>en Md€</i>	
	FSV
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0

Contribution sociale généralisée	9,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,5
Charges liées au non recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
<b>Recettes</b>	<b>15,7</b>

**Amendement n° 31 rectifié** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

I. – Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général :

«

<i>(en milliards d'euros)</i>			
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	203,2	205,9	-2,6
Vieillesse	126,5	125,0	1,6
Famille	49,9	49,9	0,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,1	0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	379,5	379,9	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	377,6	381,8	-4,2

».

II. – En conséquence, rétablir l'annexe C dans la rédaction suivante :

« 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. – Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

### Exercice 2017 «

<i>(en milliards d'euros)</i>							
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	91,7	134,1	30,5	13,3	267,8	0,0	267,8
Cotisations prises en charge par l'État	3,1	2,5	0,7	0,1	6,5	0,0	6,5
Cotisations fictives d'employeur	0,4	39,1	0,0	0,3	39,8	0,0	39,8
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	19,5	7,8	0,0	59,6	6,5	66,1
Charges liées au non-recouvrement	-1,1	-0,6	-0,3	-0,2	-2,3	0,0	-2,3
Transferts	3,0	37,4	0,4	0,1	29,1	0,0	10,0



Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,4	-0,3	5,2
Recettes	204,5	232,2	49,9	14,2	487,1	15,7	483,7

».

II. – Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2017 «

<i>(en milliards d'euros)</i>							
	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ maladies professionnelles	Régimes de base	Fonds de solidarité vieillesse	Régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	90,9	80,7	30,5	12,4	212,8	0,0	212,8
Cotisations prises en charge par l'État	3,1	2,2	0,7	0,1	6,1	0,0	6,1
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	71,1	0,0	10,2	0,0	81,1	9,6	90,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	32,3	14,8	7,8	0,0	54,9	6,5	61,3
Charges liées au non-recouvrement	-1,1	-0,5	-0,3	-0,2	-2,1	-0,3	-2,4
Transferts	3,0	29,1	0,4	0,0	21,4	0,0	3,9
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	3,9	0,3	0,7	0,5	5,3	0,0	5,3
Recettes	203,2	126,5	49,9	12,8	379,5	15,7	377,6

».

\*Accidents du travail-maladies professionnelles

III. – Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Exercice 2017 «

<i>(en milliards d'euros)</i>	
	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État	0,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0
Contribution sociale généralisée	9,6
Impôts, taxes et autres contributions sociales	6,5

Charges liées au non-recouvrement	-0,3
Transferts	0,0
Produits financiers	0,0
Autres produits	0,0
Total	15,7

».

**Article 24**

- ① I. – *(Supprimé)*
- ② II à IV. – (Non modifiés)

**Amendement n° 32** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Rétablir les premier et deuxième alinéas de l'alinéa 1 dans la rédaction suivante :

« I. – Pour l'année 2017, sont approuvées les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)			
	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	15,7	19,6	-3,8

. »

**Article 25**  
(Conforme)

**Article 26**  
(Supprimé)

**Amendement n° 248** présenté par le Gouvernement.

I. - Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), 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. »

II. - En conséquence, rétablir l'annexe B dans la rédaction suivante :

Rapport décrivant 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 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 la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2017–2020. Ces prévisions s'inscrivent dans l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présente des comptes sociaux proches de l'équilibre, sous l'effet d'une reprise économique qui se confirme et des réformes mises en œuvre par le Gouvernement

1. La reprise économique se consolide

La prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et celle de l'inflation à 1 %.

Dans le programme de stabilité déposé en avril 2016, le Gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de croissance de la masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.

La prévision de croissance pour 2016 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a été fixée à 1,5 %, conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). Cette prévision a été révisée à 1,4 % dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2016, pour tenir compte des informations les plus récentes. en légère baisse par rapport à celles du programme de stabilité est conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse en 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %, contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de 1,6 % comme en 2015.

Pour 2017, le Gouvernement prévoit une croissance identique à la prévision pour 2016 (1,5 %), une accélération de l'inflation qui resterait néanmoins faible (0,8 %) et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en légère accélération par rapport à 2016, et de 1,9 % pour la masse salariale publique, plus élevée qu'en 2016 (1,2 %), sous l'effet notamment de la hausse de la valeur du point et des mesures catégorielles.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu deux avis sur son avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2017 au conseil des ministres ainsi que lors de la présentation du projet de loi de finances rectificative pour 2016.

«

	2014	2015	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)	2020 (p)
<b>PIB volume</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,9%</b>	<b>1,9%</b>
<b>Masse salariale secteur privé</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,7%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,7%</b>	<b>3,6%</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,1%</b>
<i>dont effectifs</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,1%</i>	<i>1,0%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,5%</i>	<i>0,7%</i>
<i>dont salaire moyen</i>	<i>1,6%</i>	<i>1,6%</i>	<i>1,6%</i>	<i>1,7%</i>	<i>3,0%</i>	<i>3,3%</i>	<i>3,4%</i>

<b>ONDAM</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,0%</b>	<b>1,8%</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,0%</b>
<b>Prix hors tabac</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,8%</b>
Revalorisation presta. octobre (MA)	0,3%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	1,2%	1,6%
Revalorisation presta. avril (MA)	0,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	1,3%	1,7%

».

Le tableau ci-dessus détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

2. Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale

Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de compétitivité des entreprises, avec par exemple le pacte de responsabilité et de solidarité et la baisse de cotisations pour les exploitants agricoles, et conjuguée depuis 2012 à d'importants efforts d'économies conduits sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, permettra d'atteindre en 2017 un solde du régime général proche de l'équilibre, à seulement 400 millions d'euros de déficit, pour une dépense totale de 379,9 milliards d'euros, alors que le déficit était de 13,3 milliards en 2012.

Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de, respectivement, 0,03, 1,6 et 0,7 milliard d'euros. La branche Maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à -4,2 milliards d'euros, contre -17,5 milliards d'euros en 2012.

Ce redressement devrait se poursuivre pendant les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent à hauteur de 2 milliards d'euros dès 2018, puis de 4,6 milliards d'euros en 2019 et de 7,4 milliards d'euros en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.

Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opéré dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage du fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. À la fin 2016, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la CADES en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortis-

sement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière, grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d'extinction, et oblige donc à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d'amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.

II. – L'ensemble des branches du régime général affiche dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale un solde équilibré ou excédentaire, à l'exception de la branche maladie dont le déficit se réduit néanmoins

1. Les branches Vieillesse et Famille connaissent des excédents, grâce aux réformes engagées les années précédentes

Les branches Famille et Vieillesse sont également à l'équilibre, avec un solde prévu en 2017 à 0,03 milliard d'euros pour la branche Famille et à 1,6 milliard d'euros pour la branche Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, jouant à plein sur les années 2016 et 2017, contribue en grande partie à ce retour à l'équilibre. Pour les années suivantes, le solde de la branche Famille poursuit son amélioration, à 0,7 milliard d'euros en 2018, puis à 0,8 milliard d'euros en 2019 et à 1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents permettront de contribuer davantage à la réduction des dettes accumulées.

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent, qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

Les excédents de la branche Vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le Fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.

Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents

de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général

2. La branche Maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins

La fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, soit 0,7 milliard d'euros d'économies de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendanciennes l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016, qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point d'indice de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition de l'accord sur les parcours professionnels, carrières et rémunérations des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM pour 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015–2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrise des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, ce fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM pour 2017 qui demeure très maîtrisé.

Au-delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM, la modernisation de notre système de santé se poursuit.

Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par M. Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de

la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

III. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux

La mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.

Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.

Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

La création d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En

s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.

La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de vingt actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de six millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces vingt mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liés à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du RSI et URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

1° En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

2° En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux

cotisants, et placée sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée

La lutte contre la fraude constitue une priorité du Gouvernement en raison de son coût, mais également parce que la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.

Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le Gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre État, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.

Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la protection sociale, notamment la Caisse des Français de l'étranger (CFE). L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier d'une modalité de recouvrement forcé, ce qui permettra de sauvegarder certaines créances frauduleuses pour lesquelles, actuellement, les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

**Recettes, dépenses et soldes du régime général**

«

<i>(en milliards d'euros)</i>					
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
Solde	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
Solde	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6
<b>Famille</b>					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1
<b>Toutes branches consolidées</b>					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

».

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

«

<i>(en milliards d'euros)</i>					
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
Solde	-4,0	-2,6	-0,9	1,3	3,7
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9

Solde	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
Solde	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
Solde	-3,1	-0,3	1,9	4,0	6,4

».

### Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

«

	(en milliards d'euros)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18,0	17,0
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3

**Amendement n° 33 rectifié** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

I. - Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2017 à 2020), 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. »

II. - En conséquence, rétablir l'annexe B dans la rédaction suivante :

Rapport décrivant 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 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 la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour la période 2017–2020. Ces prévisions s'inscrivent dans

l'objectif de retour à l'équilibre des régimes de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, et de la poursuite et de l'accélération de la réduction de la dette sociale.

I. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 présente des comptes sociaux proches de l'équilibre, sous l'effet d'une reprise économique qui se confirme et des réformes mises en œuvre par le Gouvernement

1. La reprise économique se consolide

La prévision de croissance du produit intérieur brut (PIB) commune au projet de loi de finances et au projet de loi de financement pour 2016 avait été fixée à 1,5 %, celle de la masse salariale à 2,8 % et celle de l'inflation à 1 %.

Dans le programme de stabilité déposé en avril 2016, le Gouvernement avait maintenu à 1,5 % sa prévision de croissance du PIB pour 2016, mais révisé à la baisse les prévisions d'inflation, désormais quasi nulle, et de croissance de la masse salariale du secteur privé attendue alors en hausse de 2,3 % au lieu de 2,8 %.

La prévision de croissance pour 2016 présentée par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 est conforme à celle du programme de stabilité (1,5 %). En revanche celle de la masse salariale a été revue à la hausse en 2016 : elle s'établirait désormais à 2,6 %,

contre 2,3 % prévu dans le programme de stabilité, résultant d'une croissance de l'emploi de 1 % et du salaire moyen de 1,6 % comme en 2015.

Pour 2017, le Gouvernement prévoit une croissance identique à la prévision pour 2016 (1,5 %), une accélération de l'inflation qui resterait néanmoins faible (0,8 %) et une croissance de la masse salariale privée de 2,7 %, en légère accélération par rapport à 2016, et de 1,9 % pour la masse

salariale publique, plus élevée qu'en 2016 (1,2 %), sous l'effet notamment de la hausse de la valeur du point et des mesures catégorielles.

Le Haut Conseil des finances publiques a rendu son avis sur ces prévisions macroéconomiques lors de la présentation du projet de loi de finances pour 2017 au conseil des ministres.

«

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB volume	0,6 %	1,3 %	1,5 %	1,5 %	1,8 %	1,9 %	1,9 %
Masse salariale privée	1,6 %	1,7 %	2,6 %	2,7 %	3,6 %	3,8 %	4,1 %
Masse salariale publique	1,7 %	1,3 %	1,2 %	1,9 %	1,5 %	1,6 %	1,8 %
ONDAM	2,6 %	2,0 %	1,8 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
Inflation	0,4 %	0,0 %	0,1 %	0,8 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %
Revalorisation des pensions (moyenne annuelle)	0,3 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,7 %	1,2 %	1,6 %

».

Le tableau ci-dessus détaille les principaux éléments retenus pour l'élaboration des prévisions de recettes et objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe.

2. Cette reprise favorise une amélioration significative du solde des comptes sociaux et un reflux de la dette sociale globale

Cette reprise économique, permise par les réformes menées par le Gouvernement en matière de compétitivité des entreprises, avec par exemple le pacte de responsabilité et de solidarité et la baisse de cotisations pour les exploitants agricoles, et conjuguée depuis 2012 à d'importants efforts d'économies conduits sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale, permettra d'atteindre en 2017 un solde du régime général proche de l'équilibre, à seulement 400 millions d'euros de déficit, pour une dépense totale de 379,9 milliards d'euros, alors que le déficit était de 13,3 milliards en 2012.

Ainsi, en 2017, et en tenant compte des mesures prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, les branches Famille, Vieillesse et Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général se trouvent en excédent de, respectivement, 0,03, 1,6 et 0,7 milliard d'euros. La branche Maladie se redresse également avec un déficit limité à 2,6 milliards d'euros. Le solde cumulé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse est quant à lui limité à -4,2 milliards d'euros, contre -17,5 milliards d'euros en 2012.

Ce redressement devrait se poursuivre pendant les années à venir, avec une situation agrégée du régime général en excédent à hauteur de 2 milliards d'euros dès 2018, puis de 4,6 milliards d'euros en 2019 et de 7,4 milliards d'euros en 2020, la branche Maladie étant elle-même équilibrée à partir de 2019.

Ce retour à l'équilibre permet de maintenir les plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à 33 milliards d'euros pour l'exercice 2017, soit un niveau inférieur à celui de 2015.

Le rééquilibrage du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est également prévu, avec le début de la réduction de ses dépenses opérée dès 2017 en projet de loi de financement de la sécurité sociale, par un transfert vers les régimes d'assurance vieillesse, à hauteur de 1 milliard d'euros. Cela correspond à un recentrage du fonds sur ses missions de financement des dispositifs de solidarité. Le projet prévoit en effet la fin de la prise en charge du minimum contributif par le fonds d'ici 2020, permettant d'assurer l'équilibre de ses comptes à cette date. Ce transfert de dépense vers le régime Vieillesse est prévu de manière progressive entre 2017 et 2020.

Le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner par ailleurs d'une poursuite du désendettement des organismes de sécurité sociale. À la fin 2016, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) aura amorti 124,7 milliards d'euros. Le résultat annuel de la CADES en 2016, qui traduit sa capacité annuelle d'amortissement des déficits passés, couplé aux bons résultats financiers du portefeuille d'actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), ont fait plus que couvrir les déficits des régimes nés sur le même exercice, ce qui signifie que la dette sociale a commencé son reflux. Le retour à l'équilibre du régime général puis celui du FSV permettront d'accélérer ce désendettement.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dette portée par l'ACOSS, qui se réduit sous l'effet des excédents futurs du régime général, et celle portée par la CADES, amortie progressivement par cette dernière, grâce aux ressources qui lui sont affectées, dans le respect des dispositions organiques qui interdisent le report de son horizon d'extinction, et oblige donc à affecter de nouvelles ressources, en cas de nouvelle reprise de dette. La date actuelle estimée d'amortissement complet de la dette portée par cette caisse a été révisée, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, à 2024 au lieu de 2025.



II. – L'ensemble des branches du régime général affiche dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale un solde équilibré ou excédentaire, à l'exception de la branche maladie dont le déficit se réduit néanmoins

1. Les branches Vieillesse et Famille connaissent des excédents, grâce aux réformes engagées les années précédentes

Les branches Famille et Vieillesse sont également à l'équilibre, avec un solde prévu en 2017 à 0,03 milliard d'euros pour la branche Famille et à 1,6 milliard d'euros pour la branche Vieillesse. La modulation des allocations familiales prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, jouant à plein sur les années 2016 et 2017, contribue en grande partie à ce retour à l'équilibre. Pour les années suivantes, le solde de la branche Famille poursuit son amélioration, à 0,7 milliard d'euros en 2018, puis à 0,8 milliard d'euros en 2019 et à 1 milliard d'euros en 2020. Ces excédents permettront de contribuer davantage à la réduction des dettes accumulées.

Par ailleurs, pour la première fois depuis 2004, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés connaît en 2016 un excédent, qui augmente encore en 2017 pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Ce redressement trouve son origine à la fois dans les réformes structurelles successives qui ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses (loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, modification des conditions de revalorisation des pensions), mais aussi dans les mesures de hausse modérée de cotisations, qui ont garanti la pérennité des régimes de retraites, dans un esprit de responsabilité.

Les excédents de la branche Vieillesse permettront notamment de rééquilibrer le Fonds de solidarité vieillesse, en absorbant progressivement le financement du minimum contributif d'ici 2020.

Enfin, les montants mis en réserve sur la section 3 du Fonds de solidarité vieillesse au titre du maintien à 65 ans de l'âge de départ à la retraite au taux plein pour les parents de trois enfants ou parents d'enfant handicapé prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'avèrent supérieurs aux besoins de financement de ce dispositif.

Cette section devrait disposer d'une réserve de 0,8 milliard d'euros au 31 décembre 2016, alors que le montant cumulé des dépenses qui seront supportées par les régimes n'excède pas 0,2 milliard d'euros. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc de supprimer cette section en transférant la charge des prestations aux régimes de base et en réalisant un prélèvement sur l'ensemble des réserves de cette section au profit du régime général

2. La branche Maladie du régime général voit son déficit se résorber progressivement, tout en préservant l'accès aux soins

La fixation d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,1 % par rapport à 2016 demeure un objectif ambitieux puisqu'il s'agit de réaliser 4,1 milliards d'euros d'économies, soit 0,7 milliard d'euros d'économies de plus qu'en 2016. La construction de l'objectif doit en effet faire face à trois chocs sur les dépenses tendancielles l'année prochaine : l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale négociée au cours de l'été 2016, qui prévoit notamment dès l'année prochaine une importante revalorisation tarifaire, la hausse en deux temps de la valeur du point d'indice de la fonction publique ainsi que les mesures concernant la transposition de l'accord sur les parcours professionnels, carrières et

rémunérations des fonctionnaires et, enfin, l'impact de l'arrivée sur le marché de médicaments anticancéreux de nouvelle génération.

En réponse à l'accélération de ces dépenses, la construction de l'ONDAM pour 2017 s'appuie tout d'abord sur la continuité des actions lancées dans le cadre du plan triennal 2015-2017 déclinant la stratégie nationale de santé, avec une intensification du virage ambulatoire et des actions renforcées de maîtrise des dépenses des établissements de santé, notamment via la poursuite de l'optimisation des achats. Il s'agit également de poursuivre les actions de maîtrise médicalisée et d'une manière générale d'un renforcement de la pertinence du recours au système de soins. Enfin, face au défi de coût de l'innovation pharmaceutique pour la sécurité sociale et à la volonté réaffirmée du Gouvernement de garantir l'accès de tous aux thérapies les plus efficaces, le présent projet de loi met en place un Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. En lissant dans le temps l'impact sur l'ONDAM du coût de ces nouveaux traitements, ce fonds va permettre à l'assurance maladie de continuer à assurer pleinement ses missions dans le respect d'un ONDAM pour 2017 qui demeure très maîtrisé.

Au-delà du respect de la trajectoire financière de l'ONDAM, la modernisation de notre système de santé se poursuit.

Le présent projet de loi procède ainsi à une rénovation du modèle de financement des établissements de santé pour l'adapter aux enjeux actuels de l'offre de soins, en s'appuyant sur les recommandations formulées par M. Olivier Véran. Il s'agit notamment de faire évoluer les règles de tarification des activités à la frontière de l'hospitalisation de jour et l'activité externe des établissements sanitaires, des activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ou des activités hospitalières « isolées » (pour mieux tenir compte de certaines spécificités géographiques) ainsi que de procéder à quelques ajustements sur la montée en charge de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'accent est également placé sur le développement de nouvelles actions de prévention (concernant la prise en charge des jeunes en souffrance psychique). Enfin le présent projet de loi donne toute leur place aux assurés et à leurs représentants via une profonde réforme du financement des associations d'usagers consacrée par la création du Fonds national de la démocratie sanitaire.

III. – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 porte également des réformes des prélèvements et des prestations visant à les moderniser et à simplifier leur mise en œuvre

1. La modernisation des prélèvements mise en œuvre dans ce projet de loi vise à les adapter aux nouveaux enjeux économiques, sanitaires et sociaux

La mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité se poursuit en 2017 en faveur de la compétitivité et de l'emploi par un relèvement du taux du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) de 6 à 7 %, ce qui représente un effort supplémentaire de 4 milliards d'euros.

Pour les travailleurs indépendants qui ne sont pas éligibles au CICE au titre de leur propre rémunération, elle se traduit par une réduction dégressive du taux des cotisations d'assurance maladie-maternité, actuellement fixé à 6,5 %, pour les travailleurs indépendants dont les revenus annuels sont

inférieurs à 70 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour un coût de 150 millions d'euros, qui s'ajoute à l'exonération de 1 milliard d'euros déjà mise en place en 2015.

Par ailleurs, le développement de l'économie numérique a permis l'émergence de nombreuses plateformes collaboratives dont la caractéristique commune est de proposer la mise à disposition ou l'échange de biens ou de services de pair à pair. Si le seul fait de réaliser des activités par le biais d'une plateforme numérique ne modifie pas la nature même de l'activité et ne doit donc pas impliquer un environnement juridique différent, dans un souci d'équité avec les activités comparables au sein de l'économie traditionnelle, il apparaît toutefois nécessaire de définir une frontière claire entre les revenus du patrimoine et les revenus d'activité, ce qui est opéré dans le projet de loi.

Afin d'accompagner les travailleurs indépendants dans l'application du droit social, les démarches administratives et sociales permettant l'affiliation, l'assujettissement et le recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants ayant recours à ces plateformes d'intermédiation pour des activités de faible volume seront facilitées.

Enfin, la lutte contre le tabagisme est un axe marquant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Le tabac est l'une des premières causes de mortalité évitable en France. Le Gouvernement institue donc une contribution sociale permettant de faire contribuer l'industrie du tabac aux externalités négatives qu'elle engendre et, en complément de sa politique de santé publique, augmente significativement les droits perçus sur le tabac à rouler afin d'éloigner les jeunes du tabac.

La création d'une taxe assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés de produits du tabac apportera ainsi 130 millions d'euros au fonds de lutte contre le tabagisme. En s'attachant à révéler les capacités contributives des industriels du secteur, cette taxe limitera les possibilités d'optimisation fiscale au sein de ce marché oligopolistique.

La seconde mesure cible le tabac à rouler, produit qui tend à se substituer à la cigarette et dont la fiscalité est pourtant moindre. Cet écart de fiscalité se traduit dans les prix du tabac à rouler, de 26 % inférieurs en moyenne à ceux des cigarettes. Il s'agit d'aligner le poids de la fiscalité sur les produits du tabac à rouler sur celui constaté sur les cigarettes.

2. Différentes réformes visent à simplifier les démarches des assurés et des cotisants

Le Gouvernement porte une attention constante depuis 2012 à l'amélioration des conditions de recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants affiliés au régime social des indépendants (RSI). Très récemment, il a lancé un plan de vingt actions concrètes visant à améliorer durablement les relations entre le RSI et ses plus de six millions d'assurés.

Un comité de suivi de ces vingt mesures a été institué, présidé par le député Fabrice Verdier et composé de personnes indépendantes, notamment des assurés eux-mêmes.

Ces actions ont permis de rétablir dans la durée un fonctionnement sécurisé du recouvrement des cotisations sociales, après plusieurs années de dysfonctionnements liés à la mise en place en 2008 de la répartition des compétences entre les réseaux du RSI et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (URSSAF) dénommée « interlocuteur social unique » (ISU). Cette réforme avait créé une organisation complexe, fondée sur un fractionnement des tâches impraticable entre caisses de base du RSI et

URSSAF. Le cadre d'intervention des deux réseaux tel qu'issu de l'ordonnance portant création de l'« interlocuteur social unique » ne correspond plus ni aux besoins des travailleurs indépendants ni aux pratiques de travail des deux réseaux. Afin de garantir une organisation simple et un pilotage unifié, autour d'une structure unique et dédiée, du recouvrement des cotisations dues par les travailleurs indépendants ainsi qu'une qualité de services suffisante aux assurés, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 instaure une organisation nouvelle de ce dispositif de recouvrement :

1° En supprimant les mécanismes complexes de fractionnement de compétences entre les deux réseaux, pour établir leur coresponsabilité entière sur la totalité des missions de recouvrement des cotisations et contributions des artisans et commerçants ;

2° En créant une structure de pilotage national dédiée, conduite par un directeur national, responsable de la performance du recouvrement et de la qualité du service rendu aux cotisants, et placée sous l'autorité du directeur général du RSI et du directeur de l'ACOSS et s'appuyant sur des responsables locaux.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 vise également à simplifier l'organisation de la protection sociale pour les professions libérales en faisant progressivement bénéficier les futurs créateurs d'entreprises de la même couverture sociale que les artisans et commerçants, caractérisée par le bénéfice d'indemnités journalières et de droits à retraite plus élevés. Les entrepreneurs actuels relevant des mêmes professions pourront exercer un droit d'option afin de rejoindre cette nouvelle organisation.

3. La lutte contre la fraude et contre le travail dissimulé est renforcée

La lutte contre la fraude constitue une priorité du Gouvernement en raison de son coût, mais également parce que la fraude prive de droit les personnes qui en sont victimes. À cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 propose différentes évolutions.

Face à l'intervention d'un nombre croissant de travailleurs détachés en France, le Gouvernement a souhaité prendre des mesures pour faciliter la vérification de la situation de ces travailleurs au regard de la sécurité sociale. Lorsque les travailleurs relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre État, ces derniers et leur employeur, ainsi que l'éventuel donneur d'ordres doivent être en mesure de produire les formulaires en attestant.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit donc que ces formulaires devront être tenus à disposition des agents en charge de lutte contre le travail dissimulé, sous peine d'une pénalité. Cela permettra d'éviter des procédures longues et inutiles contre des entreprises qui respectent les règles, en poursuivant plus rapidement et efficacement celles qui les méconnaissent.

Le texte vise également à intégrer de nouveaux partenaires pour l'alimentation et la consultation du répertoire national commun de la protection sociale, notamment la Caisse des Français de l'étranger (CFE). L'intégration des données détenues par la CFE dans cette base de données permettra d'éviter les doubles rattachements et de garantir la continuité des droits en cas de changement de situation.

Enfin, l'opposition à tiers détenteur initialement créée au bénéfice des organismes de recouvrement est étendue aux branches prestataires du régime général ainsi qu'aux régimes spéciaux. Ces organismes pourront ainsi bénéficier

d'une modalité de recouvrement forcé, ce qui permettra de sauvegarder certaines créances frauduleuses pour lesquelles, actuellement, les délais de procédure laissent le temps au débiteur d'organiser son insolvabilité.

Prévisions de recettes et objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et des organismes concourant au financement de ces régimes

### Recettes, dépenses et soldes du régime général

«

(en milliards d'euros)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	195,8	203,2	209,1	215,4	221,9
Dépenses	199,8	205,9	209,9	214,1	218,2
Solde	-4,1	-2,6	-0,9	1,3	3,7
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	12,7	12,8	13,8	14,1	14,0
Dépenses	12,0	12,1	12,2	12,3	12,5
Solde	0,7	0,7	1,6	1,8	1,6
<b>Famille</b>					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
<b>Vieillesse</b>					
Recettes	124,0	126,5	129,1	133,4	138,7
Dépenses	122,9	125,0	128,5	132,7	137,6
Solde	1,1	1,6	0,6	0,7	1,1
<b>Toutes branches consolidées</b>					
Recettes	368,2	379,5	390,3	402,1	415,0
Dépenses	371,6	379,9	388,2	397,5	407,6
Solde	-3,4	-0,4	2,1	4,6	7,4

».

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

«

(en milliards d'euros)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Maladie</b>					
Recettes	197,0	204,5	210,3	216,6	223,2
Dépenses	201,1	207,1	211,2	215,3	219,5
Solde	-4,0	-2,6	-0,9	1,3	3,7
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>					
Recettes	14,1	14,2	15,3	15,5	15,5
Dépenses	13,4	13,5	13,6	13,7	13,9

Solde	0,7	0,7	1,7	1,8	1,6
Famille					
Recettes	48,7	49,9	51,4	52,6	53,9
Dépenses	49,7	49,9	50,7	51,7	53,0
Solde	-1,0	0,0	0,7	0,8	1,0
Vieillesse					
Recettes	228,3	232,2	236,8	243,5	251,4
Dépenses	227,1	230,6	236,4	243,3	251,3
Solde	1,2	1,6	0,4	0,1	0,1
Toutes branches consolidées					
Recettes	474,4	487,1	499,9	514,1	529,7
Dépenses	477,6	487,4	498,0	510,1	523,3
Solde	-3,1	-0,3	1,9	4,0	6,4

».

#### Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

«

(en milliards d'euros)	2016	2017	2018	2019	2020
Recettes	16,5	15,7	16,2	16,7	17,3
Dépenses	20,3	19,6	18,8	18,0	17,0
Solde	-3,8	-3,8	-2,6	-1,3	0,3

».

#### ANNEXE B

**Rapport décrivant 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 pour les quatre années à venir**  
(Supprimé)

#### QUATRIÈME PARTIE

#### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

#### TITRE I<sup>ER</sup>

#### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

#### Article 27

① I. – Le livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ② 1° L'article L. 523–1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) Au 3°, après les mots : « par décision de justice », sont insérés les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582–2 » ;
- ⑤ c) Le 4° est ainsi modifié :
- ⑥ – à la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et, après les mots : « décision de justice », sont insérés les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans le titre exécutoire mentionné au même article L. 582–2 » ;
- ⑦ – à la dernière phrase, les mots : « l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « la contribution » ;
- ⑧ d) Après le même 4°, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑨ « II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;
- ⑩ e) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑪ 2° L'article L. 581–2 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582–2 » ;

- 13) *b)* Au dernier alinéa, après la référence : « 4<sup>o</sup> », est insérée la référence : « du I » ;
- 14) 3<sup>o</sup> L'article L. 581-6 est ainsi modifié :
- 15) *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 16) « Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2<sup>o</sup> de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;
- 17) *b)* Au même premier alinéa, tel qu'il résulte du *a* du présent 3<sup>o</sup>, après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2 » ;
- 18) 4<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article L. 581-10, après le mot : « exécutoire », sont insérés les mots : « ou dans le titre exécutoire mentionné à l'article L. 582-2, » ;
- 19) 5<sup>o</sup> Le chapitre II du titre VIII est ainsi rétabli :
- 20) « CHAPITRE II
- 21) « *Dispositions particulières relatives à certaines créances alimentaires*
- 22) « *Art. L. 582-1.* – Pour l'application du dernier alinéa de l'article 373-2-2 du code civil, lorsque le créancier est demandeur ou bénéficiaire de l'allocation de soutien familial, l'organisme débiteur des prestations familiales notifie au débiteur qu'il est tenu de procéder auprès de cet organisme au versement de la créance fixée par décision de justice et que, à défaut de paiement dans un délai de deux mois à compter de cette notification, le recouvrement de la créance sera poursuivi par tout moyen. L'organisme débiteur précise les termes à échoir et les arriérés de pension dus à compter de la date de la décision de justice.
- 23) « Lorsque le créancier ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, le premier alinéa du présent article s'applique sur demande du créancier.
- 24) « L'organisme compétent auquel incombe la demande de paiement est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier. » ;
- 25) 6<sup>o</sup> Le même chapitre II, tel qu'il résulte du 5<sup>o</sup> du présent I, est complété par un article L. 582-2 ainsi rétabli :
- 26) « *Art. L. 582-2.* – Sur demande conjointe des parents qui mettent fin à leur vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire à l'accord par lequel ils fixent le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation en faveur de l'enfant mise à la charge du débiteur, si les conditions suivantes sont réunies :
- 27) « 1<sup>o</sup> Les parents attestent qu'aucun d'eux n'est titulaire d'une créance fixée pour cet enfant par une décision de justice ou n'a engagé de démarche en ce sens ;
- 28) « 2<sup>o</sup> Le montant de la contribution, fixé en numéraire, est supérieur ou égal à un seuil établi en tenant compte notamment des modalités de résidence retenues pour l'enfant mentionné au premier alinéa, des ressources du débiteur et du nombre d'enfants de ce dernier lorsqu'ils sont à sa charge selon des conditions fixées par décret ;
- 29) « 3<sup>o</sup> L'accord précise les informations strictement nécessaires à la détermination du montant de la contribution mentionnées au 2<sup>o</sup> du présent article.
- 30) « La décision de l'organisme débiteur a les effets d'un jugement et constitue un titre exécutoire au sens du 6<sup>o</sup> de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.
- 31) « Lorsque l'information mentionnée au 1<sup>o</sup> n'a pas été portée à la connaissance de l'organisme débiteur, la décision de ce dernier est frappée de nullité.
- 32) « La décision de l'organisme débiteur n'est susceptible d'aucun recours.
- 33) « Les parents sont tenus de signaler à l'organisme débiteur tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Lorsque ce changement entraîne une modification du droit à l'allocation mentionnée au 4<sup>o</sup> du I de l'article L. 523-1, les parents transmettent un nouvel accord à l'organisme débiteur en vue du maintien de cette allocation.
- 34) « Toute décision judiciaire exécutoire supprimant ou modifiant la contribution à l'entretien et à l'éducation d'un enfant et postérieure au titre exécutoire établi en application du présent article prive ce titre de tout effet.
- 35) « L'organisme débiteur auquel incombe la délivrance du titre exécutoire est celui du lieu de résidence de l'allocataire ou, à défaut, du parent créancier.
- 36) « Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 37) 7<sup>o</sup> L'article L. 583-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 38) « Le présent article est applicable aux informations demandées au parent débiteur et au parent créancier nécessaires pour l'application de l'article L. 582-2 et du 4<sup>o</sup> du I de l'article L. 523-1. » ;
- 39) 8<sup>o</sup> Le chapitre III du titre VIII est complété par un article L. 583-5 ainsi rédigé :
- 40) « *Art. L. 583-5.* – Les organismes débiteurs des prestations familiales communiquent à l'administration fiscale le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée dans l'accord mentionné à l'article L. 582-2 auquel ils ont donné force exécutoire. » ;
- 41) 9<sup>o</sup> Le premier alinéa de l'article L. 755-3 est ainsi modifié :

42) a) Après la référence : « L. 553-4 », est insérée la référence : « L. 582-1 » ;

43) b) La référence : « et L. 583-3 » est remplacée par les références : « , L. 582-2, L. 583-3 et L. 583-5 ».

44) II à V. – (Non modifiés)

**Amendement n° 35 rectifié** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

I. – Substituer aux alinéas 1 à 18 les vingt-trois alinéas suivants :

« I. – Le livre V du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 523-1 est ainsi modifié :

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

« b) Au 3°, les mots : « , par 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 par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par les actes ou accords mentionnés au IV ; » ;

« c) Le 4° est ainsi modifié :

« – À la première phrase, les mots : « de leur obligation d'entretien ou » sont supprimés et les mots : « , par 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 par un acte reçu en la forme authentique par un notaire, » sont remplacés par les mots : « ou d'une contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant fixée par un accord amiable ou par les actes ou accords mentionnés au IV, ; » ;

« – À la dernière phrase, les mots : « de décision de justice, de 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'un acte reçu en la forme authentique par un notaire, préalable, le montant de l'obligation d'entretien » sont remplacés par les mots : « d'une décision de justice ou d'un accord ou d'un acte respectivement mentionnés aux 1° et 2° du IV, le montant de la contribution » ;

« d) A la première phrase du 4° du I de l'article L. 523-1, tel qu'il résulte du présent article, les mots : « par un accord amiable ou » sont supprimés ;

« e) Après le même 4°, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« II. – En vue de faciliter la fixation de la pension alimentaire par l'autorité judiciaire, le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales peut transmettre au parent bénéficiaire les renseignements dont il dispose concernant l'adresse et la solvabilité du débiteur défaillant à l'issue

du contrôle qu'il effectue sur sa situation, dès lors qu'un droit à l'allocation de soutien familial mentionné au 3° du I est ouvert. » ;

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

« g) L'article L. 523-1 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Constituent des actes ou accords au sens des 3° et 4° du I du présent article, sous réserve qu'ils aient acquis force exécutoire :

« 1° L'accord par lequel les époux consentent mutuellement à leur divorce par acte sous signature privée contresigné par avocats, déposé au rang des minutes d'un notaire selon les modalités prévues à l'article 229-1 du code civil ;

« 2° Un acte reçu en la forme authentique par un notaire. »

« h) Le IV de l'article L. 523-1, tel qu'il résulte du g du I du présent article, est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du présent code. » ;

« 2° L'article L. 581-2 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « par 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 par un acte reçu en la forme authentique par un notaire » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1 » ;

« b) Au dernier alinéa, après la référence : « 4° », est insérée la référence : « du I » ;

« 3° Le premier alinéa de l'article L. 581-6 est ainsi rédigé :

« Le titulaire d'une créance alimentaire, fixée par décision de justice devenue exécutoire ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, en faveur de ses enfants jusqu'à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir. » ;

« 4° Au premier alinéa de l'article L. 581-10, les mots : « par 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 par

un acte reçu en la forme authentique par un notaire, » sont remplacés par les mots : « ou par les actes ou accords mentionnés au IV de l'article L. 523-1, ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 27, après le mot :

« justice »,

insérer les mots :

« ou par un accord ou un acte respectivement mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du IV de l'article L. 523-1, ».

III. – En conséquence, substituer au troisième alinéa de l'article 44 les deux alinéas suivants :

« III. – L'article 1<sup>er</sup> de la loi n<sup>o</sup> 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, dans sa rédaction issue de la loi n<sup>o</sup> 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, est complété par un 4<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 4<sup>o</sup> Un accord auquel l'organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire en application de l'article L. 582-2 du code de la sécurité sociale. » »

IV. – En conséquence, rédiger ainsi le quatrième alinéa de l'alinéa 44 :

« IV. – Le *d* et le *h* du 1<sup>o</sup>, le 3<sup>o</sup>, le 5<sup>o</sup> au 9<sup>o</sup> du I, le II et le III du présent article ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

V. – En conséquence, rédiger ainsi le cinquième alinéa de l'alinéa 44 :

« V. – Le *d* et le *h* du 1<sup>o</sup>, les 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup> et 8<sup>o</sup> et le *b* du 9<sup>o</sup> du I et le III du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018. »

**Amendement n<sup>o</sup> 41** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

À la première phrase de l'alinéa 22, après la seconde occurrence du mot :

« débiteur »,

insérer les mots :

« par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ».

**Amendement n<sup>o</sup> 42 rectifié** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

Après l'alinéa 23, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsqu'une décision de justice prévoit que la pension alimentaire mise à la charge du parent débiteur est versée au directeur de l'organisme débiteur, ce parent débiteur ne peut pas être considéré comme hors d'état de faire face à son obligation de verser ladite pension pour le motif qui a conduit l'autorité judiciaire à user de la faculté prévue au dernier alinéa du même article 373-2-2. »

**Amendement n<sup>o</sup> 165** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

À l'alinéa 26, supprimer les mots :

« qui mettent fin à une vie en concubinage ou qui ont procédé à une dissolution du pacte civil de solidarité qui les liait ».

**Amendement n<sup>o</sup> 167** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

À l'alinéa 28, après le mot :

« charge »,

insérer les mots :

« ou qu'il contribue à leur entretien et éducation, ».

**Amendement n<sup>o</sup> 44** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

Après l'alinéa 30, insérer l'alinéa suivant :

« La demande des parents mentionnée au premier alinéa du présent article peut être réalisée par voie dématérialisée. »

**Amendement n<sup>o</sup> 45** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

Compléter l'alinéa 32 par les mots :

« administratif préalable mentionné à l'article L. 142-4 ».

**Amendement n<sup>o</sup> 230** présenté par le Gouvernement.

Compléter l'alinéa 32 par la phrase suivante :

« En cas de refus de l'organisme débiteur de conférer force exécutoire à l'accord, les parents peuvent, ensemble ou séparément, saisir le juge aux affaires familiales aux fins de fixation du montant de la contribution à l'entretien et l'éducation de l'enfant sur le fondement de l'article 373-2-7 du code civil. »

**Amendement n<sup>o</sup> 169** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Rédiger ainsi l'alinéa 33 :

« Lorsque l'un des parents est bénéficiaire de l'allocation mentionnée au 4<sup>o</sup> de l'article L. 523-1, les parents informent l'organisme débiteur de tout changement de situation susceptible d'entraîner la révision du montant de la contribution. Ils peuvent transmettre un nouvel accord qui fera l'objet d'un titre exécutoire selon les conditions et modalités précisées au présent article. »

**Amendement n<sup>o</sup> 231** présenté par le Gouvernement.

À la seconde phrase de l'alinéa 33, substituer aux mots :

« transmettent un nouvel accord »

les mots :

« qui ont conclu un nouvel accord le transmettent ».

**Amendement n<sup>o</sup> 98** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille), M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

À la seconde phrase de l'alinéa 33, substituer au mot :

« transmettent » ,

les mots :

« peuvent transmettre ».

## Article 28

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1<sup>o</sup> L'article L. 133-5-8 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, le mot : « versées » est remplacé par le mot : « dues » ;

- ④ *b)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « L'employeur est tenu de procéder, au plus tard à une date fixée par décret, à la déclaration des rémunérations dues au titre de chaque mois au cours duquel le salarié a effectué une activité pour son compte. » ;
- ⑥ 2° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 133-5-12 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 133-5-12.* – Par dérogation à l'article L. 3241-1 du code du travail, sous réserve de l'accord préalable du salarié, tout employeur ou toute personne ayant recours au dispositif mentionné aux 3°, 4° et 6° de l'article L. 133-5-6 peut procéder au versement des rémunérations dues au titre de l'emploi de ce salarié par voie dématérialisée, par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.
- ⑧ « L'organisme procède au prélèvement des sommes effectivement dues par l'employeur après la transmission de la déclaration mentionnée au premier alinéa de l'article L. 133-5-8 du présent code et reverse au salarié la rémunération due dans des délais fixés par décret. Le salarié est informé par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de la transmission par son employeur de la déclaration mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 133-5-8.
- ⑨ « L'employeur qui recourt au dispositif prévu au premier alinéa du présent article est réputé satisfaire à l'obligation de paiement du salaire lorsqu'il a mis à disposition de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 la somme correspondante à la rémunération due au salarié.
- ⑩ « Le montant du prélèvement mentionné au troisième alinéa du présent article tient compte, le cas échéant :
- ⑪ « 1° Des articles L. 531-8 et L. 531-8-1 ;
- ⑫ « 2° Des sommes que l'employeur décide d'acquitter sur la base du 1° du B de l'article L. 1271-1 du code du travail, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code et l'organisme ou l'établissement habilité mentionné à l'article L. 1271-10 du code du travail ayant émis le titre spécial de paiement mentionné au B de l'article L. 1271-1 du même code prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération ;
- ⑬ « 3° Du montant des cotisations et contributions sociales prises en charge en application de l'article L. 133-8-3 du présent code ;
- ⑭ « 4° De toute aide dont dispose l'employeur pour l'emploi de son salarié, si une convention entre l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 et la personne ayant accordé cette aide prévoit les modalités de transmission des informations nécessaires à une telle opération. » ;
- ⑮ 3° À la première phrase de l'article L. 133-8-3, la référence : « L. 133-8 » est remplacée par la référence : « L. 133-5-10 » ;
- ⑯ 4° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :
- ⑰ *a)* Au premier alinéa du I et à la première phrase du second alinéa du II, la référence : « L. 772-1 » est remplacée par la référence : « L. 7221-1 » ;
- ⑱ *b)* Les deuxième à quatrième alinéas du même I sont ainsi rédigés :
- ⑲ « Ce complément comprend deux parts :
- ⑳ « *a)* Une part calculée, selon les modalités prévues au II du présent article, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;
- ㉑ « *b)* Une part calculée, selon les modalités prévues au III, en fonction de la rémunération nette de la personne qui assure la garde de l'enfant. » ;
- ㉒ *c)* À l'avant-dernier alinéa dudit I, les références : « L. 351-9 et L. 351-10 » sont remplacées par les références : « L. 5423-1, L. 5423-2 et L. 5423-8 » ;
- ㉓ *d)* Au premier alinéa du II, après le mot : « montant », sont insérés les mots : « mentionné au *a* du I correspond à la totalité » et, après les mots : « contributions sociales », les mots : « est pris en charge en totalité » sont supprimés ;
- ㉔ *e)* Le second alinéa du même II est ainsi modifié :
- ㉕ – à la première phrase, les mots : « une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge » sont remplacés par les mots : « le montant mentionné au *a* du I correspond à une fraction, fixée par décret, des cotisations et contributions sociales » ;
- ㉖ – la même première phrase est complétée par les mots : « après prise en compte de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 du présent code » ;
- ㉗ – la deuxième phrase est ainsi rédigée :
- ㉘ « Le plafond mentionné au présent alinéa est fixé par décret. » ;
- ㉙ – au début de la dernière phrase, les mots : « Le plafond » sont remplacés par le mot : « Il » ;
- ㉚ *f)* À la première phrase du III, les mots : « versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants » sont remplacés par les mots : « mentionnée au *b* du I » ;
- ㉛ 5° L'article L. 531-8 est ainsi rédigé :
- ㉜ « *Art. L. 531-8.* – Les employeurs qui bénéficient du complément mentionné à l'article L. 531-5 sont tenus d'adhérer au dispositif simplifié prévu pour les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 133-5-6.
- ㉝ « Les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant, nettes de la déduction prévue au I *bis* de l'article L. 241-10 lorsqu'elle est applicable, du montant mentionné au *a* du I de l'article L. 531-5 et, le cas échéant, du montant mentionné au *b* du même I, dans



la limite des cotisations et contributions restantes, donnent lieu à un prélèvement automatique par l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10.

- 34 « Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole versent à l'employeur le montant du complément mentionné au *b* du I de l'article L. 531-5 restant dû après imputation, en application du deuxième alinéa du présent article, sur les cotisations et contributions sociales dues au titre de la rémunération de la personne qui garde l'enfant.
- 35 « Pour la mise en œuvre des missions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas, les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole informent l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'éligibilité des employeurs au complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'article L. 531-5 et lui transmettent les informations nécessaires à l'établissement du montant mentionné au *b* du I du même article L. 531-5. L'organisme transmet aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole les informations déclarées par les employeurs ainsi que les montants mentionnés au deuxième alinéa du présent article et à l'article L. 531-8-1. » ;
- 36 6° Après le même article L. 531-8, il est inséré un article L. 531-8-1 ainsi rédigé :
- 37 « *Art. L. 531-8-1.* – Dans le cas mentionné à l'article L. 133-5-12, sans préjudice du montant des rémunérations effectivement versées au salarié par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, le prélèvement mentionné au troisième alinéa de l'article L. 133-5-12 est minoré à hauteur du montant du complément de libre choix du mode de garde mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 531-8. »

38 II et III. – (Non modifiés)

**Amendement n° 47** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

À l'alinéa 7, substituer aux mots :

« l'accord »

les mots :

« la communication à l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 de l'accord écrit et ».

**Amendement n° 48** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« Dans ce cas, la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié prévue au 1° du 2 de l'article 204 A du code général des impôts est effectuée par l'intermédiaire de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 du présent code dans les conditions prévues au 3 de l'article 1671 du code général des impôts. »

#### Article 28 bis (nouveau)

- 1 Le I de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 2 1° Au premier alinéa du 1, après le mot : « plein », sont insérés les mots : « au membre du couple ou » ;

- 3 2° Au début de la première phrase du deuxième alinéa du 3, les mots : « Lorsque les deux membres du couple ont tous deux droit à la prestation, assument conjointement la charge de l'enfant au titre duquel la prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée et que chacun d'entre eux fait valoir, simultanément ou successivement, son droit à la prestation, » sont supprimés.

**Amendement n° 49** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).  
Supprimer cet article.

#### Article 29 (Supprimé)

**Amendement n° 50** présenté par Mme Clergeau, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Famille).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 49,9 milliards d'euros. »

### TITRE II

#### DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

#### Article 30 (Conforme)

#### Article 30 bis

- 1 Le paragraphe 2 de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre 1<sup>er</sup> du titre VI du livre 1<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 161-21-1 ainsi rédigé :
- 2 « *Art. L. 161-21-1.* – L'assuré qui justifie des durées d'assurance mentionnées au premier alinéa des articles L. 351-1-3 et L. 634-3-3, du III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code et de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, ainsi qu'au 5° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraites sans pouvoir attester, sur une fraction de ces durées, de la reconnaissance administrative de l'incapacité requise au premier alinéa de l'article L. 351-1-3 du présent code et qui est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 % au moment de la demande de liquidation de sa pension peut obtenir, sur sa demande, l'examen de sa situation par une commission placée auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.
- 3 « Cette commission est saisie par la caisse ou le service chargé de la liquidation de la pension de retraite. L'examen de la situation est fondé sur un dossier à caractère médical transmis par l'assuré permettant d'établir l'ampleur de l'incapacité, de la déficience ou du désavantage pour les périodes considérées. L'avis motivé de la commission est notifié à l'organisme débiteur de la pension, auquel il s'impose.
- 4 « Les membres de la commission exercent leur fonction dans le respect du secret professionnel et du secret médical.

⑤ « Un décret détermine les modalités d'application du présent article et fixe, notamment, le fonctionnement et la composition de la commission, qui comprend au moins un médecin-conseil et un membre de l'équipe mentionnée à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la fraction des durées d'assurance requises susceptible d'être validée par la commission.

⑥ « Les attributions faites avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail peuvent, sur demande de l'intéressé, donner lieu à une évaluation de son incapacité permanente par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. »

**Amendement n° 164** présenté par Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne, M. Nilor, M. Sansu et M. Serville.

I. – Après le mot :

« moins »,

rédigé ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« 50 % au moment de la demande de liquidation de sa pension peut obtenir, sur sa demande, l'examen de sa situation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue par l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles accompagnée d'un représentant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. »

II. – En conséquence, compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Toute notification de taux d'incapacité permanente supérieure à 50 % est jugée comme définitive, sauf mention contraire explicite ou révision ultérieure. »

III. – En conséquence, supprimer l'alinéa 5.

### Articles 30 *ter*, 31, 32 et 32 *bis* (Conformes)

#### Article 33

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

② 1<sup>o</sup> À l'article L. 131-6-3, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-1 » ;

③ 2<sup>o</sup> (Supprimé)

④ 3<sup>o</sup> L'article L. 133-6-8 est ainsi modifié :

⑤ a) Le I est ainsi modifié :

⑥ – à la dernière phrase du premier alinéa, les références : « auxdits articles 50-0 et 102 *ter* » sont remplacées par la référence : « au même II » ;

⑦ – au 1<sup>o</sup>, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

⑧ – au 2<sup>o</sup>, les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;

⑨ b) Le II est ainsi modifié :

⑩ – à la fin de la première phrase, les mots : « des professions mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;

⑪ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑫ « Les prestations attribuées aux personnes mentionnées au présent article sont calculées sur la base de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes après application, pour les travailleurs indépendants relevant de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants, d'un taux d'abattement de 71 % lorsqu'ils appartiennent à la première catégorie mentionnée au 1 de l'article 50-0 du code général des impôts et de 50 % dans le cas contraire et, pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du présent code, d'un taux d'abattement de 34 %. » ;

⑬ 4<sup>o</sup> Le 1<sup>o</sup> de l'article L. 134-3 est ainsi rédigé :

⑭ « 1<sup>o</sup> De la branche mentionnée au 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-2 ; »

⑮ 5<sup>o</sup> Au deuxième alinéa du I de l'article L. 135-6, les références : « aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 621-3 » sont remplacées par la référence : « au 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-2 » ;

⑯ 5<sup>o</sup> *bis* À la fin du 1<sup>o</sup> de l'article L. 161-22, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 » ;

⑰ 5<sup>o</sup> *ter* À l'article L. 173-3, les mots : « régie par l'article L. 621-1 » sont remplacés par les mots : « des travailleurs indépendants » ;

⑱ 6<sup>o</sup> À la fin du 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-1, les mots : « les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées au 1<sup>o</sup> du présent article, à l'exception de celles qui sont affiliées aux régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 » ;

⑲ 7<sup>o</sup> L'article L. 611-2 est ainsi modifié :

⑳ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

㉑ – au début, la mention : « I. – » est supprimée ;

㉒ – le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

㉓ b) Les 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> sont remplacés par un 2<sup>o</sup> ainsi rédigé :

㉔ « 2<sup>o</sup> Assurances vieillesse. » ;

㉕ 8<sup>o</sup> À la fin du troisième alinéa de l'article L. 611-5, les mots : « un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1 » sont remplacés par les mots : « une ou plusieurs catégories de professions » ;

- 26 9° L'article L. 611-12 est ainsi modifié :
- 27 a) Le I est ainsi modifié :
- 28 – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 29 « Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les cotisants au titre de leur activité professionnelle d'une part, et par les retraités du régime social des indépendants ainsi que ceux des régimes mentionnés aux articles L. 640-1 et L. 723-1 qui bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé auprès des caisses du régime social des indépendants d'autre part. » ;
- 30 – les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- 31 « Lorsque les caisses sont propres à certaines catégories professionnelles, les cotisants et retraités mentionnés au premier alinéa du présent I sont, respectivement, ceux appartenant ou ayant appartenu à ces catégories. » ;
- 32 – au cinquième alinéa, les mots : « groupe professionnel » sont remplacés par les mots : « catégorie de professions mentionnée à l'article L. 611-5 » ;
- 33 – le dernier alinéa est supprimé ;
- 34 b) Le II est abrogé ;
- 35 c) Le III devient le II ;
- 36 10° L'article L. 613-1 est ainsi modifié :
- 37 a) Le 1° est ainsi rédigé :
- 38 « 1° Les travailleurs indépendants qui ne sont pas affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime ; »
- 39 b) Les 2° et 3° sont ainsi rétablis :
- 40 « 2° Les débitants de tabacs ;
- 41 « 3° Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'État ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en œuvre de leur activité ; ces moniteurs sont considérés comme exerçant une activité non salariée, quel que soit le public auquel ils s'adressent ; »
- 42 11° À l'article L. 613-9, les mots : « communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, » et les mots : « propres à un ou plusieurs de ces groupes » sont supprimés ;
- 43 12° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :
- 44 a) Au premier alinéa, les mots : « faite, à la majorité des membres élus d'une ou de plusieurs sections professionnelles » sont supprimés ;
- 45 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 46 – la première phrase est ainsi rédigée :
- 47 « Les prestations supplémentaires peuvent également être instituées, modifiées ou supprimées par décret pour certaines catégories professionnelles sur proposition du conseil d'administration de la caisse nationale se réunissant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 611-5. » ;
- 48 – à la fin de la seconde phrase, les mots : « de l'ensemble des groupes intéressés » sont remplacés par les mots : « des catégories professionnelles correspondantes » ;
- 49 13° Les articles L. 621-1 à L. 621-3, L. 622-3, L. 622-4 et L. 622-7 sont abrogés ;
- 50 13° *bis* L'article L. 622-5 devient l'article L. 640-1 ;
- 51 14° À l'article L. 622-8, les mots : « des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales » sont supprimés ;
- 52 15° L'article L. 622-9 est abrogé ;
- 53 16° L'article L. 623-2 est ainsi rédigé :
- 54 « *Art. L. 623-2.* – Les caisses de base du régime social des indépendants procèdent au recouvrement des cotisations selon les modalités fixées aux articles L. 133-1-1 et suivants ; en cas de défaillance, elles peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. » ;
- 55 17° À la fin de l'intitulé du titre III du livre VI, les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « personnes affiliées au régime social des indépendants » ;
- 56 18° À l'article L. 634-1 et au premier alinéa de l'article L. 634-2, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 57 19° Le II de l'article L. 634-2-1 est ainsi modifié :
- 58 a) À la fin du premier alinéa et au *a*, les mots : « aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 59 b) Au même *a*, le mot : « ces » est remplacé par le mot : « ce » ;
- 60 c) À la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « des régimes concernés » sont supprimés ;
- 61 20° Le I de l'article L. 634-2-2 est ainsi modifié :
- 62 a) Au premier alinéa, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;

- 63) *b)* Au 1<sup>o</sup>, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;
- 64) *c)* Au 2<sup>o</sup>, les mots : « des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « social des indépendants » ;
- 65) 21<sup>o</sup> À l'article L. 634-3-1, les mots : « du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 66) 22<sup>o</sup> À la première phrase de l'article L. 634-3-2, au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 et à l'article L. 634-5, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 67) 23<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 68) 24<sup>o</sup> L'article L. 635-1 est ainsi modifié :
- 69) *a)* Au premier alinéa, les mots : « l'une des organisations mentionnées aux 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup> de l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 70) *b)* À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;
- 71) 25<sup>o</sup> À la première phrase de l'article L. 635-3, les mots : « des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;
- 72) 26<sup>o</sup> L'article L. 635-4 est ainsi modifié :
- 73) *a)* À la fin de la première phrase, les mots : « des travailleurs non-salariés des professions artisanales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;
- 74) *b)* À la seconde phrase, les mots : « de la section professionnelle des artisans » sont supprimés ;
- 75) 27<sup>o</sup> L'article L. 635-5 est ainsi modifié :
- 76) *a)* Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent » sont remplacés par les mots : « Le régime invalidité-décès des personnes mentionnées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-1 attribue » ;
- 77) *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article » sont remplacés par les mots : « au régime obligatoire mentionné au premier alinéa » ;
- 78) 28<sup>o</sup> Le titre IV du livre VI est ainsi modifié :
- 79) *a)* Au début, il est ajouté un chapitre préliminaire intitulé : « Champ d'application » et comprenant l'article L. 640-1, tel qu'il résulte du 13<sup>o</sup> *bis* du présent I ;
- 80) *b)* Le même article L. 640-1 est ainsi modifié :
- 81) – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 82) « Sont affiliées aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales les personnes exerçant l'une des professions suivantes : » ;
- 83) – à la fin du 1<sup>o</sup>, les mots : « architecte, expert-comptable, vétérinaire » sont remplacés par les mots : « auxiliaire médical » ;
- 84) – au 2<sup>o</sup>, les mots : « auxiliaire médical » sont remplacés par les mots : « architecte, géomètre, expert-comptable, vétérinaire » ;
- 85) – le 3<sup>o</sup> est ainsi rédigé :
- 86) « 3<sup>o</sup> Et d'une manière générale, toute profession libérale, autre que celle d'avocat, exercée par des personnes non salariées. Un décret fixe la liste de ces professions. » ;
- 87) – le dernier alinéa est supprimé ;
- 88) 28<sup>o</sup> *bis* À la fin du premier alinéa de l'article L. 652-6, la référence : « au 3<sup>o</sup> de l'article L. 621-3 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 » ;
- 89) 29<sup>o</sup> L'article L. 742-6 est ainsi modifié :
- 90) *a)* À la première phrase du 1<sup>o</sup>, les mots : « d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « du régime mentionné à l'article L. 613-1 » ;
- 91) *b)* (Supprimé)
- 92) *c)* Au 3<sup>o</sup>, les mots : « une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « une activité professionnelle relevant du 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-1 » ;
- 93) *d)* À la fin du 4<sup>o</sup>, les références : « aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 621-3 » sont remplacées par la référence : « au 2<sup>o</sup> de l'article L. 611-1 » ;
- 94) *e)* À la première phrase du 5<sup>o</sup>, les mots : « au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code » sont remplacés par les mots : « soit au régime mentionné à l'article L. 611-1, soit au régime mentionné à l'article L. 640-1 » ;
- 95) 30<sup>o</sup> L'intitulé de la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre VII est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;

- 96 31° Le premier alinéa de l'article L. 742-7 est ainsi modifié :
- 97 a) Les mots : « énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4 » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 611-1 » ;
- 98 b) À la fin, la référence : « L. 622-5 » est remplacée par la référence : « L. 640-1 » ;
- 99 32° L'intitulé de la sous-section 2 de la même section 2 est ainsi rédigé : « Dispositions relatives au régime social des indépendants » ;
- 100 32° bis À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 766-2, la référence : « à l'article L. 621-3 » est remplacée par les références : « aux articles L. 611-1, L. 640-1 et L. 723-1 du présent code ainsi qu'à l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime » ;
- 101 33° L'article L. 961-1 est ainsi modifié :
- 102 a) À la fin du premier alinéa, les mots : « des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1 » sont remplacés par les mots : « des personnes mentionnées à l'article L. 613-1 » ;
- 103 b) Au troisième alinéa, les mots : « , par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 » sont supprimés ;
- 104 c) Au même avant-dernier alinéa, après les mots : « aux articles », est insérée la référence : « L. 611-2 » ;
- 105 34° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 111-11, à la fin de l'intitulé de la section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup>, à la fin de l'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre I<sup>er</sup>, au second alinéa de l'article L. 153-9, à l'article L. 612-7, au premier alinéa de l'article L. 613-2, aux articles L. 613-4 et L. 613-9, au dernier alinéa de l'article L. 637-1, au 2° de l'article L. 722-1, à la fin du premier alinéa de l'article L. 722-1-1 et à l'article L. 722-9, les mots : « non salariés des professions » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;
- 106 35° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 131-6, les mots : « non salarié » sont remplacés par le mot : « indépendant » ;
- 107 36° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-5 et à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 633-10 et de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-2-1, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;
- 108 37° (nouveau) À la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-1, les mots : « d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » ;
- 109 38° (nouveau) Au premier alinéa du 2° et au 3° du I de l'article L. 135-2, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;
- 110 39° (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 161-18, les mots : « un régime de non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « par le régime social des indépendants » ;
- 111 40° (nouveau) Au 5° de l'article L. 223-1, les mots : « les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « le régime social des indépendants » ;
- 112 41° (nouveau) À la première phrase du dernier alinéa du 21° de l'article L. 311-3, les mots : « aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3 » sont remplacés par les mots : « aux travailleurs indépendants participant à la mission de service public » ;
- 113 42° (nouveau) Le I de l'article L. 613-7-1 est ainsi modifié :
- 114 a) Les mots : « professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants qui relèvent de l'assurance vieillesse du régime social des indépendants » ;
- 115 b) Les mots : « professions libérales » sont remplacés par les mots : « travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 » ;
- 116 43° (nouveau) La section 5 du chapitre III du titre II du livre VI est abrogée ;
- 117 44° (nouveau) À l'article L. 635-6, les mots : « propres à chacun des régimes » sont supprimés ;
- 118 45° (nouveau) Après le mot : « caisses », la fin du dernier alinéa de l'article L. 637-1 est ainsi rédigée : « du régime social des indépendants. » ;
- 119 46° (nouveau) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 642-2-2, la référence : « au 3° de l'article L. 621-3 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 640-1 » .
- 120 I bis (nouveau). – À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales » sont remplacés par les mots : « du régime social des indépendants » .
- 121 II à II septies. – (Non modifiés)
- 122 III. – Sous réserve des alinéas suivants, les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.
- 123 Les 3°, 6° et 28° et le b du 31° du I du présent article s'appliquent aux travailleurs indépendants créant leur activité :
- 124 1° À compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour ceux qui relèvent de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale ;
- 125 2° À compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2019, pour ceux ne relevant pas du même article L. 133-6-8.

126 Le II du présent article s'applique aux travailleurs indépendants créant leur activité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

127 IV et V. – (Non modifiés)

128 VI. – Les droits à retraite de base des travailleurs indépendants des professions libérales ayant choisi de s'affilier à l'assurance vieillesse du régime social des indépendants en application du IV sont liquidés par les caisses de ce régime.

129 Pour les périodes antérieures au changement d'affiliation, le montant de la pension est égal au produit du nombre de points acquis dans le régime de base des professions libérales à la date d'effet du changement d'affiliation et de la valeur de service du point dans ce régime de base à cette même date, à laquelle s'applique la revalorisation mentionnée à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. Il est fait application, lors de la liquidation de ce montant de pension, des articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-7, L. 351-8, L. 634-5, L. 634-6, L. 634-6-1, L. 643-3 et L. 643-7 du même code. Les modalités d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

130 VII à IX. – (Non modifiés)

**Amendement n° 112** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Supprimer cet article.

#### Article 33 bis

① Après le premier alinéa de l'article L. 635-5 du code de la sécurité sociale, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

② « Par dérogation au premier alinéa, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

③ « Lorsqu'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée au premier alinéa, exerce une activité professionnelle et, à l'âge prévu au même premier alinéa, ne demande pas l'attribution de la pension vieillesse, il continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et, au plus tard, jusqu'à l'âge mentionné au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8.

④ « Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

⑤ « Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées au premier alinéa du présent article.

#### Articles 34 et 34 bis (Conformes)

#### Article 34 ter

À la fin du II de l'article 43 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, la date : « 1<sup>er</sup> janvier 2017 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2017 ».

**Amendement n° 51** présenté par Mme Le Houerou, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance vieillesse).

À la fin, substituer à la date :

« 1<sup>er</sup> octobre 2017 »

la date :

« 1<sup>er</sup> juillet 2017 ».

#### Article 34 quater

① I. – Après l'article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-19-2 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 114-19-2.* – Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France peuvent envoyer aux caisses de retraite leurs certificats d'existence par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. »

③ II. – (Non modifié)

#### Article 35 (Supprimé)

**Amendement n° 52** présenté par Mme Le Houerou, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance vieillesse).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

« 1<sup>o</sup> Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 230,6 milliards d'euros ;

« 2<sup>o</sup> Pour le régime général de la sécurité sociale, à 125 milliards d'euros. »

#### TITRE III

#### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

#### Article 36 (Conforme)

#### Article 36 bis (nouveau)

① Le V bis de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par une phrase ainsi rédigée :

- ② « La décision de modifier ou d'annuler une inscription sur cette liste ne peut intervenir qu'après information du demandeur de l'inscription. »

**Amendement n° 92** présenté par M. Viala.

Supprimer cet article.

#### Article 36 *ter* (nouveau)

Le Gouvernement remet, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2017, un rapport sur les modalités d'alignement des conditions d'obtention d'une rente viagère pour les ayants-droit d'un agent d'une des trois fonctions publiques victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sur les conditions d'obtention applicables aux salariés du secteur privé.

#### Article 37 (Supprimé)

**Amendement n° 53** présenté par M. Viala, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Accidents du travail - Maladies professionnelles).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

« 1<sup>o</sup> Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;

« 2<sup>o</sup> Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,1 milliards d'euros. »

### TITRE IV

## DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique

#### Article 38

- ① I. – Le chapitre IX du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1<sup>o</sup> Après l'article L. 169–2, il est inséré un article L. 169–2–1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 169–2–1.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 169–1 bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162–1–7 et résultant de l'acte de terrorisme. » ;
- ④ 2<sup>o</sup> Après le mot : « exposés », la fin de l'article L. 169–3 est supprimée ;
- ⑤ 3<sup>o</sup> L'article L. 169–4 est ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 169–4.* – I. – Les articles L. 169–2, L. 169–2–1 et L. 169–3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169–1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme.
- ⑦ « Ces dispositions cessent d'être applicables :

- ⑧ « 1<sup>o</sup> À l'issue d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du fonds institué par l'article L. 422–1 du code des assurances relative à l'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422–2 du même code ;

- ⑨ « 2<sup>o</sup> Ou, à défaut, à l'issue d'un délai de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme pour les personnes mentionnées à l'article L. 169–1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à cette date auprès du fonds mentionné à l'article L. 422–1 du code des assurances.

- ⑩ « II. – Toutefois, les 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de l'article L. 169–2 et l'article L. 169–3 du présent code continuent de s'appliquer aux demandeurs d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113–13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre qui, à la date de présentation de l'offre mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422–2 du code des assurances, sont susceptibles d'obtenir la concession de cette pension. Ces dispositions cessent d'être applicables à la date de notification de la décision relative à la concession de la pension mentionnée à l'article L. 113–13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

- ⑪ « III. – Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article :

- ⑫ « 1<sup>o</sup> Le fonds institué par l'article L. 422–1 du code des assurances notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169–11 du présent code :

- ⑬ « *a)* La date de la notification de sa décision relative à l'indemnisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 422–2 du code des assurances ;

- ⑭ « *b)* L'identité des personnes mentionnées à l'article L. 169–1 du présent code pour lesquelles aucune procédure d'indemnisation n'est en cours auprès du fonds institué par l'article L. 422–1 du code des assurances à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme ;

- ⑮ « 2<sup>o</sup> Le ministre de la défense notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169–11, la date de notification de la décision relative à la concession d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 113–13 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. » ;

- ⑯ 4<sup>o</sup> Au début de l'article L. 169–5, les mots : « Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article L. 169–2 peut être ouvert » sont remplacés par les mots : « Par dérogation au I de l'article L. 169–4, pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme et les médicaments prescrits à cette occasion, les droits prévus aux 4<sup>o</sup> à 6<sup>o</sup> de l'article L. 169–2 et à l'article L. 169–1 peuvent être ouverts » ;

- ⑰ 5<sup>o</sup> Après la référence : « L. 169–2 et », la fin de l'article L. 169–8 est ainsi rédigée : « aux articles L. 169–2–1 et L. 169–3. » ;

- ⑱ 6<sup>o</sup> L'article L. 169–10 est ainsi modifié :

- 19 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 20 b) Le second alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :
- 21 « II. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances a présenté l'offre d'indemnisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 422-2 du même code :
- 22 « 1° Le financement des dépenses résultant de l'article L. 169-2-1 du présent code est assuré par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;
- 23 « 2° Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, le financement de la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais réellement exposés est assuré :
- 24 « a) Jusqu'à la date de présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du présent II, par le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances, déduction faite des sommes mentionnées au IV du présent article ;
- 25 « b) À compter de la mise en œuvre du II de l'article L. 169-4, par l'État.
- 26 « III. – Pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1 du présent code à qui le fonds institué par l'article L. 422-1 du code des assurances notifie une décision de refus d'indemnisation ou pour laquelle aucune procédure d'indemnisation n'est en cours à l'issue d'une période de trois ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme, le financement des dépenses mentionnées aux 1° et 2° du II du présent article est à la charge de l'État, déduction faite des sommes mentionnées au IV.
- 27 « L'État prend également en charge, déduction faite des sommes mentionnées au IV, le financement des dépenses mentionnées au 1° du II pour la mise en œuvre de l'article L. 169-5 postérieurement à la présentation de l'offre mentionnée au premier alinéa du même II et de l'article L. 169-7.
- 28 « IV. – Un décret fixe les conditions dans lesquelles les régimes d'assurance maladie se substituent aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 pour l'obtention des sommes qui auraient été versées par d'autres dispositifs de prise en charge des mêmes préjudices en l'absence des dispositions des articles L. 169-2-1 et L. 169-3, notamment par les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 182-3. » ;
- 29 7° À l'article L. 169-11, après la référence : « L. 169-8 », sont insérés les mots : « et de l'article L. 169-10 ».
- 30 II à V. – (Non modifiés)
- 31 VI. – À l'exception de l'article L. 169-8 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du I du présent article, qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017, le présent article est applicable aux actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et à la

délivrance de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 intervenus postérieurement au 14 juillet 2016.

**Amendement n° 246 rectifié** présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« 1° L'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots et la phrase suivante : « ou qui ont bénéficié d'une provision versée par le fonds de garantie en application de l'article L. 422-2 du code des assurances ou d'une indemnisation accordée au titre des articles L. 126-1 et L. 422-1 du même code par une décision du juge civil ayant autorité de la chose jugée. L'État notifie à la caisse nationale d'assurance maladie, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code, l'identité de ces personnes. »

**Amendement n° 54** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

À l'alinéa 16, substituer à la référence :

« L. 169-1 »

la référence :

« L. 169-2-1 ».

**Amendement n° 227** présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi le III de l'alinéa 30 :

III. – Après l'article L. 3131-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3131-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3131-9-1.* – Lorsque le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle « ORSAN » mentionné à l'article L. 3131-11 est mis en œuvre, les informations strictement nécessaires à l'identification des victimes et à leur suivi, notamment pour la prise en charge de leurs frais de santé, sont recueillies dans un système d'identification unique des victimes.

« Les établissements de santé qui les ont prises en charge ou accueillies, y compris dans le cadre des services d'aide médicale urgente ou de premier secours et des cellules d'urgence médico-psychologiques et les services de premier secours, enregistrent les données à caractère personnel relatives aux victimes dans le système d'information mentionné à l'alinéa précédent et les transmettent, dans le but d'assurer la gestion de la crise et le suivi des victimes, aux agents désignés au sein des agences régionales de santé et des ministères compétents.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des données recueillies et fixe les modalités de cette transmission dans le respect des règles garantissant la protection de la vie privée. »

**Article 38 bis**  
(Conforme)

**Article 39**

- 1 I. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :



- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 160-17, après les mots : « à l'article L. 160-1 est », sont insérés les mots : « , sous réserve de l'article L. 160-18, » ;
- ③ 2° La section 4 du chapitre préliminaire du titre VI est complétée par un article L. 160-18 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 160-18.* – En cas de changement d'organisme assurant la prise en charge des frais de santé d'une personne, l'organisme qui assure cette prise en charge ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer la prise en charge des frais de santé jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet.
- ⑤ « Le changement d'organisme de rattachement est effectué à l'initiative du bénéficiaire de la prise en charge mentionnée à l'article L. 160-1 ou, dans des conditions fixées par décret, par l'organisme mentionné aux premier, deuxième ou troisième alinéas de l'article L. 160-17, après en avoir informé le bénéficiaire :
- ⑥ « 1° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité salariée en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée lorsque la durée de ce dernier est supérieure à un seuil fixé par décret ;
- ⑦ « 2° En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, lorsqu'au moment de la déclaration de cet accident ou de cette maladie la victime n'était pas rattachée pour la prise en charge de ses frais de santé à l'organisme compétent pour servir les prestations liées à cet accident ou à cette maladie ;
- ⑧ « 3° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité le conduisant à relever d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou de l'article L. 382-15 ou entreprend des études le conduisant à relever du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;
- ⑨ « 4° Lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité non salariée agricole à titre exclusif ou principal, ou lorsque le bénéficiaire commence à exercer une activité de travailleur indépendant non agricole sans exercer une autre activité ;
- ⑩ « 5° Lorsqu'un des organismes chargé de la prise en charge des frais de santé d'une personne relevant du 3° du présent article constate, au vu des éléments dont il dispose et après en avoir informé l'organisme appelé à lui succéder, que cette personne ne remplit plus les conditions pour pouvoir lui être rattachée.
- ⑪ « Les personnes rattachées pour la prise en charge de leurs frais de santé à un régime obligatoire qui couvre tout ou partie de la participation fixée en application des articles L. 160-13 à L. 160-15 ne peuvent être tenues de rembourser les frais pris en charge par cet organisme, au titre d'une période au cours de laquelle elles ne pouvaient plus lui être rattachées, à raison de l'absence de démarche de leur part en vue de changer d'organisme de rattachement dans les cas autres que ceux mentionnés aux 1° à 5° du présent article, qu'à hauteur de la part de la participation fixée en application des mêmes articles L. 160-13 à L. 160-15 couverte par l'organisme auquel elles ont continué d'être rattachées. » ;
- ⑫ 3° L'article L. 161-15-2 est ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 161-15-2.* – En cas de changement d'organisme d'affiliation, l'organisme qui assure le service des prestations en espèces ne peut l'interrompre tant que l'organisme nouvellement compétent ne s'est pas substitué à lui. Il continue d'assurer ce service jusqu'à la date à laquelle la substitution prend effet. » ;
- ⑭ 4° Le chapitre II du titre VII est ainsi modifié :
- ⑮ a) La section 3 est ainsi modifiée :
- ⑯ – au début, est rétablie une sous-section 1 intitulée : « Assurance maladie-maternité » et comprenant l'article L. 172-1 A, qui devient l'article L. 172-2 ;
- ⑰ – à la sous-section 2, l'article L. 172-1 devient l'article L. 172-3 ;
- ⑱ b) Est rétablie une section 2 intitulée : « Coordination du régime agricole et des autres régimes » et comprenant un article L. 172-1 ainsi rétabli :
- ⑲ « *Art. L. 172-1.* – Lorsqu'un assuré en contrat à durée déterminée, d'une durée inférieure ou égale au seuil mentionné au 1° de l'article L. 160-18 peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime de protection sociale des salariés agricoles mais est rattaché, pour la prise en charge de ses frais de santé, à un organisme du régime général de sécurité sociale ou lorsqu'il peut bénéficier d'indemnités journalières au titre de la maladie ou de la maternité du régime général de sécurité sociale mais est rattaché, pour la prise en charge de ses frais de santé, à un organisme du régime de protection sociale des salariés agricoles, l'organisme auquel il est rattaché pour la prise en charge de ses frais de santé assure le versement des indemnités journalières dues au titre de l'activité pour laquelle il est affilié ou, le cas échéant, le versement global des indemnités journalières dues par les deux régimes.
- ⑳ « La compensation financière de ces opérations s'effectue entre les régimes concernés selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 134-4. »
- ㉑ I bis et II. – (*Non modifiés*)
- Amendement n° 144 rectifié** présenté par M. Giraud, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Orliac, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret.
- I. – À l'alinéa 8, substituer aux mots :
- « commence à exercer »
- les mots :
- « exerce depuis plus d'un an ».
- II. – En conséquence, procéder par deux fois à la même substitution à l'alinéa 9.
- Amendement n° 145** présenté par M. Giraud, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Orliac, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret.
- Supprimer l'alinéa 10.

**Article 39 bis**

- ① I. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-3-1, » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Dans ce cas, les caisses de mutualité sociale agricole exercent les fonctions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie. » ;
- ⑥ 2° À la première phrase du même avant-dernier alinéa, dans sa rédaction résultant du 1° du présent I, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 323-3, » ;
- ⑦ 3° Au 3° de l'article L. 732-54-1, les mots : « des conditions prévues aux mêmes articles L. 732-18-3, L. 732-23 et L. 732-25, dans leur rédaction en vigueur à la date d'effet de la pension de retraite, pour ouvrir droit à » sont remplacés par le mot : « d' » ;
- ⑧ 4° Le 9° du II de l'article L. 751-1 est ainsi rétabli :
- ⑨ « 9° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant une activité agricole, prescrites dans les conditions fixées au 19° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation ; »
- ⑩ 4° bis (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 751-37, les mots : « satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « remplir la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;
- ⑪ 5° Après l'article L. 752-5, il est inséré un article L. 752-5-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 752-5-1. – L'indemnité journalière est servie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant si cette reprise est reconnue par le médecin conseil de la caisse de mutualité sociale agricole comme étant de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure.
- ⑬ « La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé par le médecin traitant dans les mêmes conditions.
- ⑭ « À compter de la date de reconnaissance par le médecin conseil de la reprise d'un travail léger et pour toute la durée de cette reprise, la majoration de l'indemnité, mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 752-5, n'est pas due.
- ⑮ « La durée de versement de l'indemnité journalière ainsi que son montant sont déterminés par décret. » ;

⑯ 6° Après le même article L. 752-5, il est inséré un article L. 752-5-2 ainsi rédigé :

⑰ « Art. L. 752-5-2. – Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information ou de conseil auxquelles la caisse de mutualité sociale agricole participe, sous réserve qu'après avis du médecin conseil, la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt. La caisse fait part de son accord à l'assuré. »

⑱ II. – (Non modifié)

**Article 39 ter**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 111-2 est complété par les mots : « , qui est applicable en France métropolitaine et, sous les réserves qu'il prévoit, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;
- ③ 2° Le premier alinéa de l'article L. 115-6 est ainsi modifié :
- ④ a) Après la première occurrence du mot : « elles », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « remplissent la condition de régularité du séjour prévue à l'article L. 111-2-3. » ;
- ⑤ b) La seconde phrase est supprimée ;
- ⑥ 3° Au premier alinéa de l'article L. 134-4, les mots : « Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de sécurité sociale » et les mots : « l'ensemble » sont remplacés par les mots : « les soldes » ;
- ⑦ 4° L'article L. 160-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Un décret en Conseil d'État prévoit les conditions dans lesquelles les personnes qui, résidant en France, cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 et bénéficient, dans la limite d'un an, d'une prolongation du droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-8 et, le cas échéant, à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. » ;
- ⑨ 4° bis (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 160-2, les mots : « dont l'assuré est tuteur » sont supprimés ;
- ⑩ 5° La seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 160-5 est supprimée ;
- ⑪ 6° L'article L. 160-10 est ainsi modifié :
- ⑫ a) À la seconde phrase du premier alinéa, la première occurrence du mot : « soit » est supprimée et, après la première occurrence du mot : « assuré », la fin est supprimée ;

- 13) *b*) Le second alinéa est supprimé ;
- 14) 6° *bis* (nouveau) Le deuxième alinéa de l'article L. 160-11 est supprimé ;
- 15) 7° L'article L. 161-15-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 16) « Par dérogation au premier alinéa du présent article, les adhérents à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du titre VI du livre VII du présent code sont dispensés de cette restitution afin de faciliter le service et la prise en charge par la Caisse des Français de l'étranger des soins mentionnés à l'article L. 766-2. » ;
- 17) 8° À la fin de l'article L. 161-16-1, les mots : « par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 » ;
- 18) 9° La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> est complétée par un article L. 161-36-5 ainsi rétabli :
- 19) « *Art. L. 161-36-5.* – Les dispositions de la présente section, en tant qu'elles sont nécessaires à la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 161-15-4, sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 20) 9° *bis* (nouveau) Au 1° de l'article L. 162-4-1, la référence : « au 5° de l'article L. 321-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;
- 21) 9° *ter* (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 172-1 A, les deux occurrences des mots : « d'immatriculation, » sont supprimées ;
- 22) 9° *quater* (nouveau) L'article L. 312-2 est abrogé ;
- 23) 9° *quinquies* (nouveau) À la fin du dernier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;
- 24) 10° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :
- 25) *a*) Le II est ainsi modifié :
- 26) – au 4°, la référence : « L. 161-1, » est supprimée ;
- 27) – au même 4°, après la référence : « L. 161-9 », sont insérés les mots : « du présent code et aux 1° à 7° de l'article L. 5141-1 du code du travail » ;
- 28) – au 5°, la référence : « règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté » est remplacée par la référence : « règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale » ;
- 29) – au 8°, les mots : « dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle » sont remplacés par les mots : « en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;
- 30) – aux 9°, 10° et 11°, les mots : « quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « résidant en France ou dans un autre État de l'Union européenne » ;
- 31) – après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 32) « Le régime local est applicable aux titulaires d'un avantage vieillesse relevant des 8°, 9°, 10° et 11° qui résident dans un autre État de l'Union européenne, à condition qu'ils en fassent la demande dans un délai de deux ans à compter de la liquidation de leur pension ou de la publication de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017. » ;
- 33) *b*) Le III est complété par les mots : « ainsi qu'aux conditions de cotisation et de nombre minimal d'heures de travail salarié ou assimilé pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues au I du présent article, dans des conditions prévues par décret » ;
- 34) 10° *bis* (nouveau) Au II de l'article L. 325-2, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés ;
- 35) 10° *ter* (nouveau) À l'article L. 341-2, le mot : « immatriculation » est remplacé par le mot : « affiliation » ;
- 36) 11° L'article L. 376-1 est ainsi modifié :
- 37) *a*) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou du livre I<sup>er</sup> » ;
- 38) *b*) Au deuxième alinéa, après le mot : « livre », sont insérés les mots : « et le livre I<sup>er</sup> » ;
- 39) 12° L'article L. 381-8 est ainsi modifié :
- 40) *a*) Au deuxième alinéa, après le mot : « redevables », sont insérés les mots : « , ainsi que, le cas échéant, leur conjoint ou le partenaire avec lequel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, » ;
- 41) *b*) Le 3° est complété par les mots : « ou être marié à un conjoint ou lié par un pacte civil de solidarité à un partenaire exerçant une activité professionnelle, cette condition étant appréciée par l'exercice d'un nombre d'heures d'activité minimal fixé par décret » ;
- 42) *c*) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- 43) « 4° Être reconnu réfugié ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou être enregistré par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues aux articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. » ;
- 44) 13° (nouveau) À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 381-30, les mots : « ou à leurs ayants droit » sont supprimés ;
- 45) 14° (nouveau) L'article L. 382-8 est abrogé ;
- 46) 15° (nouveau) À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, les mots : « aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par

le décret mentionné à l'article L. 115-6 » sont remplacés par les mots : « à la condition de régularité de séjour prévue à l'article L. 111-2-3 » ;

- 47 16° (*nouveau*) L'article L. 755-29 est ainsi modifié :
- 48 a) Au premier alinéa, le mot : « affiliés » est remplacé par le mot : « rattachés » ;
- 49 b) Au second alinéa, les mots : « d'affiliation » sont remplacés par les mots : « de rattachement » .
- 50 II. – (Non modifié)
- 51 III (*nouveau*). – À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 761-10 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « et l'immatriculation » sont supprimés.

**Amendement n° 56** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

À l'alinéa 8, substituer aux mots :

« , résidant en France, cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3 et »

les mots :

« résident en France et cessent de remplir les autres conditions mentionnées à l'article L. 111-2-3, » .

**Article 39 quater**  
(*Conforme*)

**Article 39 quinquies**

- ① Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes bénéficiant d'un bon de prise en charge par l'assurance maladie.
- ② L'administration par les pharmaciens du vaccin dans les conditions mentionnées au premier alinéa est financée par le fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.
- ③ Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.
- ④ Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de désignation des officines des régions retenues pour participer à l'expérimentation, les conditions de formation préalable des pharmaciens, les modalités de traçabilité du vaccin et les modalités de financement de l'expérimentation.
- ⑤ Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

*Amendements identiques :*

**Amendements n° 146** présenté par Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert,

M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret et n° 151 présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la fin de l'alinéa 1, supprimer les mots :

« bénéficiant d'un bon de prise en charge par l'assurance maladie » .

**Amendement n° 149** présenté par le Gouvernement.

I. – À la fin de l'alinéa 3, substituer aux mots :

« à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale »

les mots :

« aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-16-1 et L. 162-38 du code de la sécurité sociale en tant qu'elles concernent les honoraires et rémunérations dus aux pharmaciens par les assurés sociaux et par l'assurance maladie »

II. – En conséquence, à la fin de l'alinéa 4, substituer aux mots :

« et les modalités de financement de l'expérimentation »

les mots :

« , les modalités de financement de l'expérimentation et les modalités de rémunération des pharmaciens » .

**Article 39 sexies**

- ① Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la détention par le médecin généraliste, en vue de son administration, du vaccin contre la grippe saisonnière pour les personnes ciblées par les recommandations identifiées dans le calendrier vaccinal mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique.
- ② Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il peut être dérogé aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'elles concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins et centres de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie.
- ③ Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des professionnels des régions retenues pour participer à cette expérimentation, les modalités applicables à la détention du vaccin et à la traçabilité ainsi que les modalités d'évaluation et de financement.
- ④ Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

**Amendement n° 152** présenté par Mme Michèle Delaunay.

À la fin de l'alinéa 1, substituer aux mots :

« ciblées par les recommandations identifiées dans le calendrier vaccinal mentionné à l'article L. 3111-1 du code de la santé publique »

le mot :

« adultes » .

**Article 40**

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

**Amendement n° 170** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au premier alinéa de l'alinéa 1, substituer aux mots :

« ou pédiatre »

les mots :

« , pédiatre ou psychologue scolaire ou hospitalier ».

**Amendement n° 171** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au premier alinéa de l'alinéa 1, substituer aux mots :

« ou pédiatre »

les mots :

« , pédiatre ou psychologue scolaire ».

**Amendement n° 172** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au premier alinéa de l'alinéa 1, substituer aux mots :

« ou pédiatre »

les mots :

« , pédiatre ou psychologue hospitalier ».

**Amendement n° 173** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au deuxième alinéa de l'alinéa 1, après le mot :

« médecins »,

insérer les mots :

« ou psychologues scolaires ou hospitaliers ».

**Amendement n° 174** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au deuxième alinéa de l'alinéa 1, après le mot :

« médecins »,

insérer les mots :

« ou psychologues scolaires ».

**Amendement n° 175** présenté par M. Robiliard, M. Sebaoun et Mme Bouziane-Laroussi.

Au deuxième alinéa de l'alinéa 1, après le mot :

« médecins »,

insérer les mots :

« ou psychologues hospitaliers ».

**Amendement n° 137** présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Jean-Pierre Barbier, M. Jacquat, M. Lurton et M. Aboud.

Au deuxième alinéa de l'alinéa 1, après le mot :

« libéraux »

insérer les mots :

« , de psychiatres ».

**Amendement n° 113** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Compléter l'alinéa 2 par la phrase suivante :

« Ce rapport comporte également une évaluation du montant d'une éventuelle prise en charge par l'assurance maladie du remboursement des consultations des psychologues pour le suivi de maladies mentales des enfants. »

**Article 41**

① Après le premier alinéa de l'article L. 3411-9 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Par dérogation à l'article L. 4211-1, les intervenants des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur mission de réduction des risques et des dommages et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Un décret précise les modalités d'application du présent alinéa. »

**Amendement n° 121** présenté par M. Richard.

À la première phrase de l'alinéa 2, supprimer les mots :

« intervenants des ».

**Article 42**

① I. – (*Non modifié*)

② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1° (*Supprimé*)

④ 2° Le 11° de l'article L. 221-1 est abrogé ;

⑤ 3° Après l'article L. 221-1-2, il est inséré un article L. 221-1-3 ainsi rédigé :

⑥ « Art. L. 221-1-3. – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national pour la démocratie sanitaire.

⑦ « II. – Les ressources de ce fonds sont constituées d'une fraction égale à 0,11 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, prélevée sur la part de cette taxe affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application de l'article L. 131-8 du présent code.

⑧ « III. – Ce fonds finance :

⑨ « 1° Le fonctionnement et les activités de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;

⑩ « 2° La formation de base dispensée aux représentants des usagers par les associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national et habilitées par le ministre chargé de la santé à délivrer cette formation en application du II de l'article L. 1114-1 du même code ainsi que les indemnités des représentants d'usagers ayant participé à ces formations.

⑪ « Le fonds peut également participer au financement d'actions des associations d'usagers du système de santé agréées au titre du même article L. 1114-1 et d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ainsi que des appels à projets nationaux portant sur les mêmes sujets.

⑫ « IV. – Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements assurés par le fonds et les montants des sommes qui leur sont versées en application du présent article. Préalablement à l'attribution du financement et sans préjudice de l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, tout bénéficiaire transmet à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une liste détaillant le montant ainsi que l'origine de l'ensemble des ressources et financements de toute nature dont il bénéficie. Toute déclaration manifestement erronée ou toute omission volontaire entraîne le remboursement par le bénéficiaire de la somme qui lui a éventuellement été versée.

⑬ « V. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

⑭ III. – (Non modifié)

**Amendement n° 114** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Après l'alinéa 11, insérer l'alinéa suivant :

« Le fonds publie chaque année un rapport d'activité décrivant les actions et les montants et détaillant les bénéficiaires des financements accordés. »

#### **Article 42 bis (nouveau)**

① Le septième alinéa de l'article L. 4341-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

② « Les orthophonistes peuvent prescrire des substituts nicotiniques. »

#### **Article 42 ter (nouveau)**

① I. – Les I, II, VI et VII de l'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sont abrogés.

② II. – Les articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

**Amendement n° 57** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer cet article.

## CHAPITRE II

### Promouvoir les parcours de santé

#### **Article 43**

① I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 25° ainsi rédigé :

② « 25° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. Le bénéfice de cette aide financière complémentaire ne peut être réservé à certains professionnels en fonction de leur secteur conventionnel d'exercice ou de leur pratique tarifaire. »

③ II. – (Non modifié)

**Amendement n° 58** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

#### **Article 43 bis A (nouveau)**

À l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « rencontre », sont insérés les mots : « ou en cas de fraude aux cotisations sociales ».

**Amendement n° 59** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).

Supprimer cet article.

#### **Articles 43 bis et 43 ter (Conformes)**

#### **Article 43 quater (Supprimé)**

**Amendement n° 60** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I. – À défaut de signature avant le 1<sup>er</sup> février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

« Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.

« L'arbitre est désigné avant le 1<sup>er</sup> février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses

d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

« La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

« II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

« 1<sup>o</sup> L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

« 2<sup>o</sup> L'intitulé du titre III du livre I<sup>er</sup> est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

« 3<sup>o</sup> Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Examens et prévention

« *Art. L. 2134-1.* – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaires, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

« Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté interministériel. »

#### Articles 43 quinquies et 43 sexies (Conformes)

#### Article 43 septies (Supprimé)

**Amendement n° 135** présenté par Mme Poletti, M. Daubresse, M. Moreau, Mme Boyer, M. Straumann, M. Cherpion, M. Jacquat, M. Perrut, M. Morel-A-L'Huissier, M. Gosselin, M. Vitel, M. Ledoux, M. Fromion, M. Favennec, M. Marlin, M. Vercamer, M. Myard, Mme Nachury, M. Degauchy, M. Gandolfi-Scheit, M. Philippe Armand Martin, M. Tian, M. Door, M. Abad, Mme Zimmermann, M. de Ganay, M. Lurton, Mme Genevard, Mme Le Callennec, M. de Mazières, M. Aubert et M. Viala.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de la possible extension du dispositif d'amélioration de la protection maternité des femmes médecins à l'ensemble des professions médicales, paramédicales et libérales en France. »

**Amendement n° 2** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie), Mme Poletti, M. Daubresse,

M. Moreau, Mme Boyer, M. Straumann, M. Cherpion, M. Jacquat, M. Perrut, M. Morel-A-L'Huissier, M. Gosselin, M. Vitel, M. Ledoux, M. Fromion, M. Favennec, M. Marlin, M. Vercamer, M. Myard, Mme Nachury, M. Degauchy, M. Gandolfi-Scheit, M. Philippe Armand Martin, M. Tian, M. Door, M. Abad, Mme Zimmermann, M. de Ganay, M. Lurton, Mme Genevard, Mme Le Callennec, M. de Mazières, M. Aubert et M. Viala.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales en France. »

#### Article 43 octies (nouveau)

① I. – Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-4 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 165-1-4.* – Pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices dont la prescription médicale date de moins d'un an peuvent être remboursés par l'assurance maladie et dans les conditions prévues à l'article L. 165-1. »

③ II. – Au premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, après les mots : « verres correcteurs », sont insérés les mots : « et de lentilles de contact oculaire correctrices ».

**Amendement n° 61** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer cet article.

#### Article 44

① I et I bis. – (Non modifiés)

② II. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

③ 1<sup>o</sup> Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

④ « Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code ainsi qu'au coût des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 et des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 165-1 qui auraient dû être facturés en raison de l'activité réalisée. » ;

⑤ 2<sup>o</sup> Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :

⑥ « *Art. L. 162-22-6-1.* – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation

d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1<sup>o</sup> du même article L. 162-22-6.

- 7 « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;
- 8 3<sup>o</sup> À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;
- 9 4<sup>o</sup> Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :
- 10 a) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;
- 11 b) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots : « , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;
- 12 5<sup>o</sup> Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :
- 13 « *Art. L. 162-22-8-3. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1<sup>o</sup> dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;*
- 14 6<sup>o</sup> L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :
- 15 a) Le II devient le III ;
- 16 b) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :
- 17 « II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;
- 18 c) Avant le dernier alinéa, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- 19 « IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;
- 20 7<sup>o</sup> Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :
- 21 a) Le 2<sup>o</sup> est ainsi rédigé :
- 22 « 2<sup>o</sup> Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »
- 23 b) Au 3<sup>o</sup>, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2<sup>o</sup> » ;
- 24 8<sup>o</sup> À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;
- 25 9<sup>o</sup> Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... (*le reste sans changement*). » ;
- 26 9<sup>o bis</sup> Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 27 « Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;
- 28 10<sup>o</sup> L'article L. 162-27 est abrogé ;
- 29 11<sup>o</sup> Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 30 a) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;
- 31 b) Après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».
- 32 III et IV. – (Non modifiés)

*Amendements identiques :*

**Amendements n° 181** présenté par le Gouvernement et n° 154 présenté par Mme Laclais.

Après le mot :

« minoré »,

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 4 :

« d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

*Amendements identiques :*



**Amendements n° 115** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy et n° 138 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Jean-Pierre Barbier, M. Jacquat et M. Lurton.

Substituer aux alinéas 6 et 7 les cinq alinéas suivants :

« *Art. L. 162-22-6-1.* – Une expérimentation peut être menée, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et pour une période n'excédant pas quatre ans, afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes en chirurgie ambulatoire. La liste des affections concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Participent à l'expérimentation les titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de soins de chirurgie, au titre des articles L. 6122-1 et L. 6122-3 du code de la santé publique.

« Pour la mise en œuvre de cette expérimentation, il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé prévues aux articles L. 162-22-10 et L. 162-22-13, au paiement direct des honoraires par le malade prévu à l'article L. 162-2, ainsi qu'aux règles relatives aux relations conventionnelles entre les médecins et les organismes d'assurance maladie fixées aux articles L. 162-5 à L. 162-5-17.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les conditions d'accès des patients au dispositif prévu par l'expérimentation, les modalités du suivi sanitaire des patients, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre, la nature des informations qui peuvent être transmises entre les différents acteurs de l'expérimentation et les conditions de leur transmission.

« En vue d'une généralisation, un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est remis au Parlement avant le 30 septembre 2019. »

*Amendements identiques :*

**Amendements n° 119** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy et n° 140 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Jean-Pierre Barbier, M. Jacquat et M. Lurton.

À la fin de l'alinéa 6, substituer aux mots :

« du même article L. 162-22-6 »,

les mots :

« des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ».

#### **Article 44 bis A (nouveau)**

- ① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la révision de la liste des pathologies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les agents de la fonction publique d'État, territoriale et hospitalière.
- ② Ce rapport distingue les pathologies déclarées éliminées, les nouvelles pathologies qui pourraient les remplacer et le nombre potentiel de fonctionnaires que ces mesures pourraient concerner.

**Amendement n° 62** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer cet article.

#### **Article 44 bis**

- ① I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport à l'exception des transports mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, de ceux relatifs aux transferts de moins de quarante-huit heures et de ceux relatifs à des séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse. Leur financement est inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1<sup>o</sup> des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du présent code et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. »
- ③ II. – Le I entre en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2020.

**Amendement n° 63** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rédiger ainsi cet article :

« I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1<sup>o</sup> des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. »

« II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018. »

#### **Article 44 ter (Conforme)**

#### **Article 45**

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ③ 1<sup>o</sup> Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;
- ④ 2<sup>o</sup> Le B du même III est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 » ;
- ⑥ b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- ⑦ 3<sup>o</sup> Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :

- 8 « D. – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.
- 9 « Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022.
- 10 « Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.
- 11 « E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 dudit code sont financées selon les modalités suivantes :
- 12 « 1<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3<sup>o</sup> ci-après ;
- 13 « 2<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :
- 14 « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.
- 15 « En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-1 du même code des établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au premier alinéa du présent a ;
- 16 « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation.
- 17 « Pour chaque établissement mentionné aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 dudit code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent b ;
- 18 « 3<sup>o</sup> Les financements complémentaires prévus au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2017 sauf en ce qui concerne :
- 19 « a) Le financement complémentaire mentionné au a du 2<sup>o</sup> du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2018 ;
- 20 « b) Le financement complémentaire mentionné au b du même 2<sup>o</sup> prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;
- 21 « 4<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :
- 22 « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n<sup>o</sup> 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- 23 « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;
- 24 « 5<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du même code est constitué :
- 25 « a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 dudit code, dans les conditions prévues aux 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2017 ;
- 26 « b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues aux 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du présent E, pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 31 décembre 2017 ;
- 27 « 6<sup>o</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :
- 28 « a) Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du présent E ;
- 29 « b) Pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.
- 30 « F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au b du 2<sup>o</sup> du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code.
- 31 « Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 du même code.

- 32 « Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- 33 « L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2<sup>o</sup> du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
- 34 « L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
- 35 « Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.
- 36 « G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n<sup>o</sup> 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- 37 « Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont fixées par voie réglementaire.
- 38 « L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n<sup>o</sup> 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.
- 39 « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;
- 40 4<sup>o</sup> Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- 41 5<sup>o</sup> Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- 42 « VI. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8<sup>o</sup> de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, 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, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n<sup>o</sup> du de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

**Amendement n<sup>o</sup> 64** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

À la fin de la seconde phrase de l'alinéa 16, supprimer les mots :

« après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation ».

*Amendements identiques :*

**Amendements n<sup>o</sup> 128** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy et n<sup>o</sup> 141 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Jean-Pierre Barbier, M. Jacquat et M. Lurton.

À la seconde phrase de l'alinéa 34, après le mot :

« observations, »,

insérer les mots :

« selon la procédure prévue à l'article L. 133-4, ».

*Amendements identiques :*

**Amendements n<sup>o</sup> 118** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy et n<sup>o</sup> 122 présenté par M. Richard.

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« IV. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale remettent au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2017, une étude d'impact destinée à évaluer les premières conséquences financières de la mise en œuvre de la réforme prévue au présent article sur les établissements de santé. Cette étude présente les résultats issus de l'hypothèse de déploiement progressif du nouveau modèle de financement arrêté sur les tarifs, fractions de tarifs et coefficients retenus pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 28 février 2018, puis du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2018. »

#### **Article 45 bis A (nouveau)**

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « actes réalisés en série », sont insérés les mots : « en ville, en centre de rééducation fonctionnelle ou dans les établissements de soins de suite et de réadaptation ».

*Amendements identiques :*

**Amendements n<sup>o</sup> 65** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie) et n<sup>o</sup> 129 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Supprimer cet article.

**Article 45 bis**  
(Supprimé)

**Amendement n° 66** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme. »

**Articles 45 ter et 45 quater**  
(Conformes)

**Article 45 quinquies A (nouveau)**

La limite d'âge mentionnée à l'article 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée à soixante-treize ans, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2020, pour les agents contractuels employés en qualité de médecin exerçant au sein de l'organisme mentionné à l'article L. 5223-1 du code du travail.

**Article 45 quinquies**  
(Supprimé)

**Amendement n° 67** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire. Ce rapport met notamment en lumière le nombre d'établissements qui pratiquent cet enveloppement corporel humide, son coût pour la sécurité sociale et son efficacité dans la prise en charge des patients. »

**Article 45 sexies**  
(Supprimé)

**Amendement n° 68** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge. »

**Article 46**

- ① I. – Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° A (nouveau) Le VI de l'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants » ;

- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Chaque budget modificatif adopté par le conseil fait l'objet d'une communication au Parlement et au Gouvernement, qui comporte les mêmes éléments que le rapport défini au présent alinéa. » ;
- ⑥ 1° B (nouveau) Le III de l'article L. 14-10-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Dans le cas où le bilan de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait état de fonds propres positifs, ces derniers ne peuvent être consacrés à un autre usage que celui défini aux sections mentionnées au II du présent article et au présent III. » ;
- ⑧ 1° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :
- ⑨ a (nouveau) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑩ b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑪ « Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;
- ⑭ b (nouveau) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « La signature de ces contrats intervient à l'issue d'une phase de dialogue entre les futures parties durant laquelle ces dernières s'entendent sur les objectifs et les moyens à inscrire et qui ne peut durer plus d'un an à compter de la première sollicitation de l'autorité tarifaire. Cette durée peut être portée à deux ans dans le cas où les parties signataires du contrat dépendent d'établissements situés dans plusieurs départements d'une même région. » ;
- ⑯ 3° Le IV ter de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ⑰ aa) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑱ « La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;
- ⑲ ab) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :
- ⑳ « Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établis-

sements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

- 21 a) (Supprimé)
- 22 b) Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 23 « Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;
- 24 c) Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 25 « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 26 4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :
- 27 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 28 – à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;
- 29 – à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;
- 30 – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- 31 « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État et uniquement pour les établissements ou services dont la dotation globale a été calculée en fonction d'une tarification fondée sur les besoins des personnes prises en charge. » ;
- 32 b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 33 « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;
- 34 5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :
- 35 a) Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;
- 36 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 37 « Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;
- 38 5° bis (nouveau) Au IV de l'article L. 314-7, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- 39 6° La première phrase du dernier alinéa du VI du même article L. 314-7 est ainsi rédigée :
- 40 « En application des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat

pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;

- 41 7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :
- 42 a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;
- 43 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 44 – les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;
- 45 – sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;
- 46 8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;
- 47 9° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.
- 48 II. – (Non modifié)

**Amendement n° 69** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Supprimer les alinéas 4 à 7.

**Amendement n° 70** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Supprimer les alinéas 14 et 15.

**Amendement n° 71** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Après le mot :

« État »,

supprimer la fin de l'alinéa 31.

**Amendement n° 72** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Supprimer l'alinéa 38.

**Article 46 bis**  
(Supprimé)

**Amendement n° 73** présenté par M. Cordery, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Médico-social).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016. »

**Article 47**  
**(Conforme)**

**Article 47 bis**

- ① Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 165-1-3.* – Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique peuvent recueillir, avec l'accord du patient, les données issues d'un dispositif médical inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du présent code qu'ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement. Pour l'application du présent article, le recueil des données s'entend des seules données résultant de l'utilisation par le patient du dispositif médical concerné.
- ③ « Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue, le cas échéant, sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical inscrit ainsi que ses prestations de services et d'adaptation associées, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1.
- ④ « Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑤ « Les tarifs de responsabilité ou les prix mentionnés, respectivement, aux articles L. 165-2 et L. 165-3 peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d'appréciation prévus aux mêmes articles L. 165-2 et L. 165-3, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d'utilisation du dispositif médical mis à disposition. Dans le cadre de la procédure d'inscription d'un tel dispositif médical sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article L. 165-1 se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte les données collectées pouvant, le cas échéant, donner lieu à une modulation du tarif de responsabilité ou du prix, notamment au regard du bon usage des produits ou prestations concernés. Cette modulation du tarif de responsabilité ou du prix des produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1 ne peut avoir d'incidence sur la qualité de la prise en charge du patient par les prestataires. Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées.
- ⑥ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

*Amendements identiques :*

**Amendements n° 111** présenté par M. Lurton, n° 148 présenté par Mme Dubié, Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret et n° 178 présenté par M. Bapt, Mme Laclais et M. Sebaoun.

À la première phrase de l'alinéa 2, après la deuxième occurrence du mot :

« santé, »

insérer les mots :

« dans le respect des dispositions figurant à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, ».

**Article 48**

- ① I et II. – (*Non modifiés*)
- ② III (*nouveau*). – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ③ 1° Le II de l'article L. 113-2 est ainsi modifié :
- ④ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « À titre expérimental, l'agence régionale de santé peut privilégier les centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires, pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3. La désignation de ces centres par l'agence régionale de santé se fait après concertation des présidents des conseils départementaux de la région et en cohérence avec le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du présent code. » ;
- ⑥ b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Ces conventions » sont remplacés par les mots : « Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent II » ;
- ⑦ 2° Après le 2° de l'article L. 233-1, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- ⑧ « 2° *bis* La répartition entre gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 des crédits réservés par l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 ; ».
- ⑨ IV (*nouveau*). – Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6327-2 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Les gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles recourent à ces plates-formes territoriales d'appui pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 du même code. »

**Amendement n° 97** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer les alinéas 2 à 10.

**Article 48 bis**

- ① I. – L'État peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes.
- ② II. – (Non modifié)
- ③ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement au terme de l'expérimentation et transmis au Parlement.

## CHAPITRE III

**Garantir la pertinence des prises en charge****Article 49**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1<sup>o</sup> L'article L. 221-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 1<sup>o</sup>, il est inséré un 1<sup>o bis</sup> ainsi rédigé :
- ④ « 1<sup>o bis</sup> D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »
- ⑤ b) Le 8<sup>o</sup> est ainsi rétabli :
- ⑥ « 8<sup>o</sup> De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1<sup>o bis</sup> du présent article ; »
- ⑦ 2<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> (*Supprimés*)
- ⑧ II. – (*Supprimé*)
- ⑨ III. – (Non modifié)

**Amendement n° 74** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Substituer aux alinéas 6 à 8 les trente-six alinéas suivants :

« 8<sup>o</sup> De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1<sup>o bis</sup> du présent article ; »

« 2<sup>o</sup> Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1.* – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

« II. – Ce fonds enregistre en recettes :

« 1<sup>o</sup> Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2<sup>o</sup> à 5<sup>o</sup> du présent II

constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;

« 2<sup>o</sup> La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« 3<sup>o</sup> Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;

« 4<sup>o</sup> Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;

« 5<sup>o</sup> Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.

« Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :

« a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et

« b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« La part des remises retenues pour l'application du 2<sup>o</sup> du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au b, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux a et b.

« III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :

« 1<sup>o</sup> De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2<sup>o</sup> De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;

« 3<sup>o</sup> Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;

« 4<sup>o</sup> De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 5<sup>o</sup> De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.

« IV. – Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 49 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.

« Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.

« Le montant de la dotation mentionnée au 1<sup>o</sup> du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.

« V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan

des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.

« Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;

« 3<sup>o</sup> Au 1<sup>o</sup> de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;

« 4<sup>o</sup> Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-7-3.* – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

« 5<sup>o</sup> À l'article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n<sup>o</sup> 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les références : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;

« 6<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7, », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;

« 7<sup>o</sup> L'article L. 241-2 est ainsi modifié :

« *a)* Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. - » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;

« *b)* Le dixième alinéa est ainsi modifié :

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

« – après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;

« *c)* Le 8<sup>o</sup> est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4<sup>o</sup> du IV de l'article L. 136-8 ».

« II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n<sup>o</sup> 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».

**Sous-amendement n<sup>o</sup> 252** présenté par le Gouvernement.

I. – À la fin de l'alinéa 7, substituer aux références :

« aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 » les références :

« à l'article L. 162-22-7 du présent code et au 1<sup>o</sup> de l'article L. 5126-6 ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 13, substituer à la référence :

« à l'article L. 5126-4 »

la référence :

« au 1<sup>o</sup> de l'article L. 5126-6 ».

III. – En conséquence, procéder à la même substitution à l'alinéa 17.

## Article 50

① I. – Le titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1<sup>o</sup> (*nouveau*) Au début de la seconde phrase du *b* du 15<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les médicaments biologiques, ainsi que les groupes biologiques similaires » ;

③ 2<sup>o</sup> L'article L. 5125-23-2 est ainsi rédigé :

④ « *Art. L. 5125-23-2.* – Dans le cas où le prescripteur prescrit un médicament biologique tel que défini au 14<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1, il interroge le patient sur son historique de prescription de médicament biologique et l'informe sur les spécificités des médicaments biologiques.

⑤ « Le prescripteur peut autoriser la possibilité de substitution par la mention expresse "substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

⑥ « Il s'assure de la traçabilité de sa prescription.

⑦ « En cas de modification d'une prescription initiale et de remplacement d'un médicament biologique par un autre, le médecin informe le patient, s'assure de son consentement conformément aux articles L. 1111-2 et L. 1111-4 et met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.

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

⑨ 3<sup>o</sup> Le 3<sup>o</sup> de l'article L. 5125-23-3 est ainsi rédigé :

⑩ « 3<sup>o</sup> Le prescripteur a autorisé la possibilité de cette substitution ; ».

⑪ II (*nouveau*). – L'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

⑫ 1<sup>o</sup> Au début du II, est ajoutée la mention : « A. - » ;

⑬ 2<sup>o</sup> Le même II est complété par un B ainsi rédigé :

⑭ « B. – L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au *a* du 15<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique remboursés sur l'enveloppe des soins de ville. Ce taux est arrêté sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au 14<sup>o</sup> de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. » ;

⑮ 3<sup>o</sup> Au 1<sup>o</sup> *bis* du III, après les mots : « mentionné au », sont insérés les mots : « A du » ;



16 4° Après le même 1° *bis*, il est inséré un 1° *ter* ainsi rédigé :

17 « 1° *ter* Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et définis au *a* du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au B du II du présent article ; ».

**Amendement n° 180** présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

« Le chapitre V du titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi modifié :

« *a*) La deuxième phrase est supprimée.

« *b*) Au début de la troisième phrase, les mots : « Dans tous les cas, » sont supprimés.

« *c*) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. »

« 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

**Amendement n° 75** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rédiger ainsi cet article :

« Le chapitre V titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-23-2.* – Dans les cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". »

« Lors de l'initiation du traitement avec un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement avec un médicament biologique, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;

« 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

## Article 51

1 I. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

2 1° A (*Supprimé*)

3 1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

4 « *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

5 « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

6 « I bis. – (*Supprimé*)

7 « II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18 du présent code, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

8 « Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence, le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

9 « 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;

10 « 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

- 11 « Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du présent II.
- 12 « III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.
- 13 « Le II du présent article est également applicable lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :
- 14 « 1<sup>o</sup> Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- 15 « 2<sup>o</sup> Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- 16 « Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- 17 « III bis. – (*Supprimé*)
- 18 « IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;
- 19 2<sup>o</sup> L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- 20 a et b) (*Supprimés*)
- 21 c) Le III est ainsi rédigé :
- 22 « III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :
- 23 « 1<sup>o</sup> Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- 24 « 2<sup>o</sup> L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;
- 25 « 3<sup>o</sup> Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.
- 26 « B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :
- 27 « 1<sup>o</sup> Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 ;
- 28 « 2<sup>o</sup> Aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'État à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;
- 29 « 3<sup>o</sup> Les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'État ;
- 30 « 4<sup>o</sup> Les conditions et engagements prévus au 1<sup>o</sup> du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.
- 31 « Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- 32 « Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les conditions de délai prévues ci-dessus, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 33 3<sup>o</sup> L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :
- 34 « IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication consi-

dérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

- 35 « V. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 36 4<sup>o</sup> Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :
- 37 « *Art. L. 162-16-5-3.* – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre du même article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.
- 38 « Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;
- 39 5<sup>o</sup> L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- 40 « Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.
- 41 « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.
- 42 « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.
- 43 « À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »
- 44 II. – Le 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , d'un an au maximum ».
- 45 III. – (Non modifié)

46 IV. – (*Supprimé*)

**Amendement n° 253** présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1<sup>o</sup> A (*Supprimé*)

« 1<sup>o</sup> L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

« *I bis.* – Si, au 31 mars de chaque année, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant moyen pris en charge par patient à ce titre pour l'année civile précédente excède 10 000 euros, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant de 10 000 euros multiplié par le nombre de patients traités. Le nombre de patients traités, et en conséquence le montant moyen pris en charge par patient, sont déterminés au prorata de la durée de traitement moyenne sur l'année civile considérée.

« Par dérogation au premier alinéa du présent *I bis*, les médicaments dont le chiffre d'affaires hors taxes au titre de l'année civile mentionnée au premier alinéa du présent *I bis*, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au premier alinéa du présent *I bis*.

« II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré le cas échéant des remises mention-

nées au I *bis* du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré le cas échéant des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;

« 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

« Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.

« III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Les dispositions du II du présent article sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« III *bis*. – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis* est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du médicament au sens de

l'article L. 162-18 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du I *bis*. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au I *bis*, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du I *bis*, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.

« IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

« 2° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

« b) Au 2° du même I, la seconde occurrence des mots : « l'autorisation » est remplacée par les mots : « sa première autorisation » ;

« c) Le III est ainsi rédigé :

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° et 3° (*Supprimés*)

« 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

3° L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

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

4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-3. – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de

référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».

III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionnée à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

IV. – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### *Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 254** présenté par Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret, n° 262 présenté par M. Door et n° 263 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

I. – À la première phrase de l'alinéa 19, supprimer les mots :

« tout ou partie de ».

II. – Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

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

#### *Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 255** présenté par Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret, n° 260 présenté par M. Door et n° 261 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

À la fin du dernier alinéa, substituer à la date :

« 1<sup>er</sup> janvier 2016 »

la date :

« 1<sup>er</sup> janvier 2017 ».

*Sous-amendements identiques :*

**Sous-amendements n° 256** présenté par Mme Orliac, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, Mme Dubié, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret, n° 258 présenté par M. Door, Mme Poletti, M. Lurton et M. Viala et n° 259 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

« V. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 15 octobre 2017, un rapport sur la mise en œuvre du présent article, en particulier en ce qui concerne l'accès des patients aux nouvelles molécules. »

**Amendement n° 76** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rédiger ainsi cet article :

« I. – Le livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° A (*Supprimé*)

« 1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.

« I *bis* . – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe un coût maximal de traitement par patient et par an, dans la limite de 10 000 euros, applicable à chaque médicament bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations temporaires d'utilisation prévues à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ce coût maximal de traitement correspond à un plafond au titre de la mise à disposition d'un produit, au delà duquel des remises sont dues par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation du médicament, pour les indications faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou prises en charge en application du même article L. 162-16-5-2. La valeur de ce coût maximal de traitement est calculée, chaque année, et pour chaque patient, *pro rata temporis* de la durée de prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application dudit article L. 162-16-5-2 pour l'année considérée. La durée minimale retenue pour ce calcul est de quatre mois.

« Si, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, au plus tard le 31 mars de l'année suivant celle au titre de laquelle le calcul est effectué et pour un médicament dont au moins une des indications

est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant total pris en charge à ce titre excède celui qui résulterait de l'application du coût maximal de traitement mentionné au premier alinéa du présent I *bis* à la prise en charge de chaque patient, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de l'application de ce coût maximal de traitement à la prise en charge de chaque patient.

« Par dérogation aux deux premiers alinéas du présent I *bis*, les médicaments dont le chiffre d'affaires total, depuis leur première commercialisation au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au deuxième alinéa du présent I *bis*.

« II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18 du présent code, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

« Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période ;

« 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.

« Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.

« III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.

« Les dispositions du II du présent article sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :

« 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;

« 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.

« Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.

« III *bis*. – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis* est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé, son laboratoire exploitant peut bénéficier, par convention avec le comité, d'une restitution de tout ou partie de la remise versée en application du I *bis*. Le montant de cette restitution ne peut excéder le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues, au cours des douze mois précédant l'inscription au remboursement, au prix ou tarif net de référence au titre de l'année suivant la fixation de ce prix ou tarif, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues aux I *bis*, II et III au titre de l'indication considérée.

« IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;

« 2° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;

« b) Au 2° du même I, les mots : « l'autorisation » sont remplacés, deux fois, par les mots : « sa première autorisation » ;

« c) Le III est ainsi rédigé :

« III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :

« 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;

« 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.

« B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :

« 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;

« 2° et 3° (*Supprimés*)

« 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.

« Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

« C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai différentes relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

« 3° L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :

« IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi

des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

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

« 4<sup>e</sup> Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5-3. – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.

« Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;

« 5<sup>e</sup> L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.

« Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.

« Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.

« À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »

« II. – Le 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».

« III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.

« IV. – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

« Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. »

## Article 52

① I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1<sup>o</sup> Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

④ b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;

⑤ c) La dernière phrase est supprimée ;

⑥ 2<sup>o</sup> Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

⑦ « II. – Le prix de vente mentionné au I peut être baissé par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. À défaut, il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

⑧ « 1<sup>o</sup> L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;

⑨ « 2<sup>o</sup> Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;

⑩ « 3<sup>o</sup> Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;

⑪ « 4<sup>o</sup> Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;

⑫ « 4<sup>o</sup> *bis* Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;



- 13 « 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens dont la liste est fixée par décret, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;
- 14 « 6° (Supprimé)
- 15 3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- 16 4° (Supprimé)
- 17 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – ».
- 18 II et III. – (Non modifiés)
- 19 IV. – L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :
- 20 1° (*nouveau*) Au premier alinéa, les références : « aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à » sont remplacées par les références : « au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 et aux premier et deuxième alinéas de » ;
- 21 2° Au 1°, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés, et la seconde occurrence du mot : « ces » est remplacée par le mot : « ce ».
- 22 IV *bis* A (*nouveau*) – Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 23 « La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations. »
- 24 IV *bis*. – (Non modifié)
- 25 V. – Le premier alinéa de l'article L. 162-38 du même code est ainsi modifié :
- 26 1° À la première phrase, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations » et les mots : « , ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;
- 27 2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- 28 « Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. » ;
- 29 3° (*nouveau*) Au début de la dernière phrase, les mots : « Cette fixation tient » sont remplacés par les mots : « Ces fixations tiennent ».
- 30 VI. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :
- 31 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 32 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;
- 33 3° Au troisième alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;
- 34 4° Après le même troisième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- 35 « II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :
- 36 « 1° (Supprimé)
- 37 « 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 38 « 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;
- 39 « 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;
- 40 « 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;
- 41 « 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;
- 42 « 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- 43 « 8° (Supprimé)
- 44 « Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;

- 45 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- 46 6° (Supprimé)
- 47 VII. – (Non modifié)
- 48 VIII. – Après l'article L. 165-3-2 du même code, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :
- 49 « *Art. L. 165-3-3. – I. –* Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 50 « 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;
- 51 « 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 52 « Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le Comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.
- 53 « Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.
- 54 « II. – Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 55 « 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;
- 56 « 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 57 « Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- 58 « Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.
- 59 « III. – La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.
- 60 « La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du même II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.
- 61 « Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.
- 62 « IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.
- 63 « Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.
- 64 « V. – Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application

du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.

65 « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

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

67 « Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires, de part du montant remboursé ou des volumes de vente en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

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

69 IX à XI. – (Non modifiés)

**Amendement n° 77** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 7 :

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants : ».

II. – En conséquence, après l'alinéa 17, insérer les deux alinéas suivants :

« 6° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Le cadre des conventions mentionnées au I et au II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. »

III. – En conséquence, à l'alinéa 35, supprimer les mots : « établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1 ».

IV. – En conséquence, à l'alinéa 46, rétablir le 6° dans la rédaction suivante :

« 6° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« IV. – Le cadre des conventions mentionnées au I et au II du présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1. »

**Amendement n° 78** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Après le mot :

« inférieurs »,

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 13 :

« , déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ; »

**Amendement n° 79** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

I. – Au deuxième alinéa de l'alinéa 24, substituer au mot : « dernier »

le mot :

« quatrième ».

II. – En conséquence procéder à la même substitution, au quatrième alinéa de l'alinéa 24.

III. – En conséquence, substituer aux trois derniers alinéas de l'alinéa 24 l'alinéa suivant :

« Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises ».

**Amendement n° 80** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir l'alinéa 36 dans la rédaction suivante :

« 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ; ».

#### Article 52 bis A (nouveau)

① Dans les six mois à compter de la publication de la présente loi, la Haute Autorité de santé élabore une grille explicitant la relation entre la valeur thérapeutique relative telle qu'elle est définie par le rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments remis à la ministre chargée des affaires sociales et de la santé en novembre 2015, et l'évaluation du médicament sur les composantes suivantes :

② – la quantité d'effet par rapport au comparateur : efficacité, tolérance ;

③ – la pertinence clinique de ces effets ;

④ – la qualité de la démonstration (critères de jugement, utilisation d'un comparateur pertinent dans les essais) ;

⑤ – les avantages non cliniques (praticabilité) qu'il convient d'expliquer plus précisément ;

⑥ – la couverture du besoin.

**Amendement n° 81** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Supprimer cet article.

**Article 52 bis**  
(Supprimé)

**Amendement n° 82** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1<sup>o</sup> Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-1-9.* – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.

« Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.

« *Art. L. 162-1-9-1.* – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1<sup>er</sup> mars de l'année :

« 1<sup>o</sup> Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ;

« 2<sup>o</sup> S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;

« 3<sup>o</sup> Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;

« 4<sup>o</sup> Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;

« 5<sup>o</sup> Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>.

« Les propositions mentionnées aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur

général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.

« Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

« En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;

« 2<sup>o</sup> L'article L. 162-5 est complété par un 26<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 26<sup>o</sup> S'agissant des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »

« II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours. »

**Sous-amendement n° 245** présenté par Mme Michèle Delaunay.

I. – À la deuxième phrase de l'alinéa 4, substituer au mot :

« spécialisés »

les mots :

« libéraux et hospitaliers spécialistes ».

II. – En conséquence, compléter l'alinéa 8 par les mots :

« ou hospitaliers ».

**Sous-amendement n° 198** présenté par Mme Orliac, Mme Dubié, M. Chalus, M. Charasse, M. Claireaux, M. Falorni, M. Giacobbi, M. Giraud, Mme Hobert, M. Krabal, M. Jérôme Lambert, M. Maggi, Mme Pinel, M. Saint-André, M. Schwartzberg et M. Tourret.

À la deuxième phrase de l'alinéa 4, après le mot :

« nucléaire »,

insérer les mots :

« , de représentants des fédérations hospitalières représentatives ».

### Article 53

① I. – *(Non modifié)*

② II. – En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par 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.

③ Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.

④ III. – *(Supprimé)*

⑤ IV et V. – *(Non modifiés)*

**Amendement n° 132** présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Aboud et M. Tardy.

Supprimer les alinéas 2 et 3.

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	79,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
<b>Total</b>	<b>190,7</b>

. »

**Amendement n° 83** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir l'alinéa 4 dans la rédaction suivante :

« III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.

« Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale. »

### Article 54 *(Supprimé)*

**Amendement n° 84** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, 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 207,1 milliards d'euros ;

« 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros. »

### Article 55 *(Supprimé)*

**Amendement n° 85** présenté par Mme Michèle Delaunay, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance maladie).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

## TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES  
CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES  
OBLIGATOIRES**Article 56**  
*(Supprimé)*

**Amendement n° 86** présenté par Mme Le Houerou, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance vieillesse).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées comme suit :

(En milliards d'euros)	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

».

## TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES  
BRANCHESCHAPITRE I<sup>ER</sup>

## Gestion

**Article 57**  
*(Supprimé)*

**Amendement n° 87** présenté par Mme Le Houerou, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales (Assurance vieillesse).

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

« I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

« II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « centrale de la mutualité sociale agricole ».

« III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.

« IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.»

**Article 57 bis A (nouveau)**

- ① I. – A. – Sont transférées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 :
- ② 1° Les missions et activités exercées par les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale ;
- ③ 2° Les missions et activités informatiques d'études et développement, de production et d'édition et d'expertise technique exercées par l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France.
- ④ B. – Les droits, biens et obligations des centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- ⑤ C. – Les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont dissous le 31 décembre 2017.
- ⑥ D. – Les contrats de travail des salariés de l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France exerçant les missions et activités mentionnées au 2° du A du présent I sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- ⑦ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Le III de l'article L. 122-6 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la première phrase, les mots : « union du recouvrement désignée » sont remplacés par les mots : « organisme chargé du recouvrement désigné » et le mot : « unions » est remplacé par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;
- ⑩ b) À la seconde phrase, le mot : « Elle » est remplacé par le mot : « Il » et le mot : « unions » est remplacé par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;
- ⑪ 2° Au premier alinéa de l'article L. 122-7, après les mots : « gestion des organismes », sont insérés les mots : « au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie ».

**Articles 57 bis et 58**  
*(Conformes)*

## CHAPITRE II

## Fraude aux prestations

**Article 59**

- ① I. – Le chapitre IV *ter* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;
- ④ b) Au 2<sup>o</sup>, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;
- ⑤ c) Après le 4<sup>o</sup>, il est inséré un 5<sup>o</sup> ainsi rédigé :
- ⑥ « 5<sup>o</sup> Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critères sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;
- ⑦ 2<sup>o</sup> L'article L. 114-16 est ainsi modifié :
- ⑧ aa (nouveau) Les mots : « est habilitée à » sont remplacés par le mot : « doit » ;
- ⑨ a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueillie, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;
- ⑩ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »
- ⑫ II (nouveau). – Au quatrième alinéa de l'article 706-161 du code de procédure pénale, après les mots : « sur décision de justice », sont insérés les mots : « ou qui sont susceptibles de l'être ».
- Amendement n° 88** présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (Recettes et équilibre général).
- I. – Supprimer l'alinéa 8.
- II. – En conséquence, supprimer l'alinéa 12.
- Article 60**
- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1<sup>o</sup> L'article L. 114-16 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Lorsqu'une personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinaire, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai et diffuse cette information à l'ensemble des organismes mentionnés à l'article L. 160-17.
- ④ « Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive ou par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive.
- ⑤ « Les sommes indûment versées par l'organisme de prise en charge font l'objet d'une récupération dans les conditions définies au troisième alinéa de l'article L. 133-4. » ;
- ⑥ 2<sup>o</sup> L'article L. 323-6 est ainsi modifié :
- ⑦ aa (nouveau) Après le 4<sup>o</sup>, il est inséré un 5<sup>o</sup> ainsi rédigé :
- ⑧ « 5<sup>o</sup> D'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail. » ;
- ⑨ a) Le sixième alinéa est complété par les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;
- ⑩ b) À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- ⑪ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑫ 3<sup>o</sup> Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :
- ⑬ « Art. L. 323-6-1. – L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié.
- ⑭ « En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si ce manquement a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.
- ⑮ « L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1. »
- ⑯ II. – (Non modifié)
- ⑰ III (nouveau). – Au I de l'article 20-7-1 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, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième ».

## Annexes

### DÉPÔT DE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

M. le président de l'Assemblée nationale a reçu, le 25 novembre 2016, de M. Frédéric Lefebvre, une proposition de résolution visant à créer une commission d'enquête sur la prise en charge des sans-domiciles fixes.

Cette proposition de résolution, n° 4255, est renvoyée à la commission des affaires sociales, en application de l'article 83 du règlement.

#### DÉPÔT DE RAPPORTS EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 novembre 2016, de M. le Premier ministre, en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le rapport relatif à la mise en application de la loi n° 2016-819 du 21 juin 2016 réformant le système de répression des abus de marché.

M. le président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 novembre 2016, de M. le Premier ministre, en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le rapport d'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France.

M. le Président de l'Assemblée nationale a reçu, le 28 novembre 2016, de M. le Premier ministre, en application de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017, le rapport de contre-expertise de l'évaluation socio-économique du projet « Hôpital Universitaire Grand Paris-Nord ».

#### TEXTES SOUMIS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

*Par lettre du vendredi 25 novembre 2016, M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le président de l'Assemblée nationale, les textes suivants :*

- 12578/16 LIMITE. – Décision du Conseil modifiant la décision 2013/255/PESC concernant des mesures restrictives à l'encontre de la Syrie.
- 12580/16 LIMITE. – Règlement du Conseil modifiant le règlement (UE) n° 36/2012 concernant des mesures restrictives en raison de la situation en Syrie.
- 10332/1/16 LIMITE. – Accord relatif au soutien logistique mutuel entre l'Union européenne et les États-Unis d'Amérique.
- 13551/16 LIMITE. – Décision du Conseil modifiant la décision 2014/486/PESC relative à la mission de conseil de l'Union européenne sur la réforme du secteur de la sécurité civile en Ukraine (EUAM Ukraine).